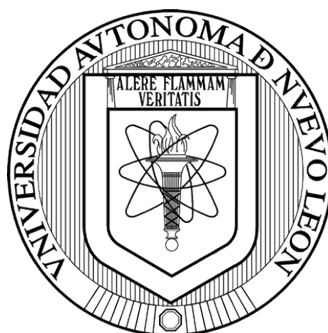


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ADAPTACIÓN CULTURAL DE LA INTERVENCIÓN “HoMBReS” PARA  
INCREMENTAR EL USO DEL CONDÓN EN MIGRANTES HAITIANOS EN  
MÉXICO

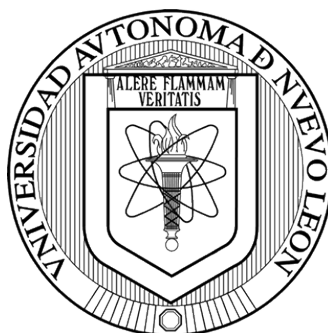
Por

ME. ABRAHAM ISAAC ESQUIVEL RUBIO

Como requisito para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Noviembre, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ADAPTACIÓN CULTURAL DE LA INTERVENCIÓN “HoMBReS” PARA  
INCREMENTAR EL USO DEL CONDÓN EN MIGRANTES HAITIANOS EN  
MÉXICO

Por

ME. ABRAHAM ISAAC ESQUIVEL RUBIO

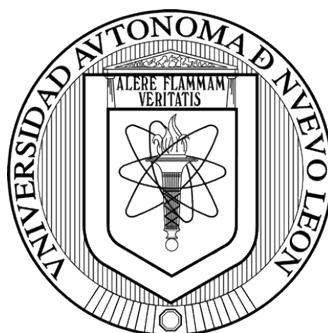
Director de Tesis

DRA. MARÍA ARACELY MÁRQUEZ VEGA

Como requisito para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Noviembre, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ADAPTACIÓN CULTURAL DE LA INTERVENCIÓN “HoMBReS” PARA  
INCREMENTAR EL USO DEL CONDÓN EN MIGRANTES HAITIANOS EN  
MÉXICO

Por

ME. ABRAHAM ISAAC ESQUIVEL RUBIO

Asesor Estadístico

JEYLE ORTIZ RODRÍGUEZ, PhD.

Como requisito para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Noviembre, 2021

ADAPTACIÓN CULTURAL DE LA INTERVENCIÓN “HoMBReS” PARA  
INCREMENTAR EL USO DEL CONDÓN EN MIGRANTES HAITIANOS EN  
MÉXICO

Aprobación de tesis

---

Dra. María Aracely Márquez Vega  
Directora de Tesis

---

Dra. María Aracely Márquez Vega  
Presidente

---

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.  
Secretario

---

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez  
1er. Vocal

---

Jeyle Ortiz Rodríguez, PhD.  
2do. Vocal

---

Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez  
3er. Vocal

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo  
Subdirectora de Posgrado e Investigación

## **Agradecimientos**

A la Lic. María Gloria Rubio Velazco, quien incondicionalmente y con gran sabiduría, me ha apoyado en todos los retos que me he planteado a lo largo de mi vida.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación de la FAEN, por su confianza, apoyo y cariño en el transcurso de este proyecto.

A mi Directora de Tesis, la Dra. María Aracely Márquez Vega, por su apoyo, confianza y orientación incondicional en todo momento; por acompañarme a pesar de todos los dolores y adversidades, por ser una guía en la oscuridad.

A la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, a la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, a la Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez, por su conocimiento y paciencia, por fortalecer mi formación académica durante este largo camino.

A la Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde, quien siempre tuvo espacio para brindar un buen consejo, además de su apoyo personal y profesional.

A mi colega y amigo el Dr. Arodi Tizoc Márquez, quien supo apoyarme desde mucho antes de iniciar este proyecto; por su amistad, que sé que durara por siempre.

A la Dra. Claudia Jennifer Domínguez Chávez, por esa amistad que con los años se ha fortalecido y que ha permitido tener su consejo y sabiduría en estos tiempos que corren.

A Sigma Theta Tau internacional-Sigma, Capítulo Tau Alpha, por la inspiración para alcanzar la excelencia dentro de la ciencia de enfermería.

A Alfred Gurrier, Pastor de la iglesia cristiana y líder espiritual de la comunidad haitiana en Mexicali. Porque a pesar de todas las diferencias y dificultades, siempre estuvo atento y dispuesto a ayudar a toda su comunidad y, sobre todo, a extenderme la mano en los momentos difíciles.

## **Dedicatoria**

A mi Madre, Señora María Gloria Rubio Velazco, por la guía y el buen consejo, por el amor y la paciencia, por seguir luchando para darme el mejor ejemplo, por enseñarme a superar las dificultades y el cansancio, por demostrarme que los esfuerzos siempre tienen recompensa. Porque es usted es lo más alto, lo más grande, la mejor modelo, la mejor maestra, la mejor amiga, el mejor ejemplo. Si Dios existiera, seguramente sería como Usted.

A mi esposa Lic. Marena Guadalupe Mosqueda Jiménez, por todo tu apoyo y comprensión, por tu fe en mí, por soportar la ausencia y los desvelos, por ser la inspiración para salir adelante; tu amor es sin duda la base para cumplir este sueño.

A mi hija, Jade Lucia Esquivel Mosqueda, quien llegó a la mitad de este proyecto y dio luz, amor y sentido a cada paso que he emprendido. Por ti y para ti serán todos mis logros, porque buscaré siempre estar a tu lado para ser tu ejemplo, tu guía y tu soporte; tal y como lo fue mi Madre conmigo.

Dedye espesyalman pou moun Repiblik Dayiti, pou fanm ak gason migran, ki se yon egzant sakrifis ak amelyorasyon. Se pou sa a dwe yon peye lajan taks ti ak enb a tout doulè a ak soufrans sou wout sa a long nan tè ak lanmè.

Dedicado especialmente al pueblo de la República de Haití, a las mujeres y hombres migrantes, que son un ejemplo de sacrificio y superación. Que este sea un pequeño y humilde tributo a todo el dolor y sufrimiento en este largo camino de tierra y mar.

Al final, todos somos migrantes.

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	7
Estudios Relacionados	23
Objetivos	39
Hipótesis	39
Definición de Términos	40
Capítulo II	
Metodología	42
Diseño del Estudio	43
Población, Muestreo y Muestra	42
Criterios de Inclusión	43
Criterios de Exclusión	43
Criterios de Eliminación	43
Estrategias de Reclutamiento, Selección y Participación	43
Descripción del Programa de Intervención	44
Proceso de Adaptación de la Intervención	45
Metodología del Proceso Cualitativo	46
Estructura de la Intervención Adaptada	48
Criterios para la Estandarización de la Intervención	49
Instrumentos de Medición	51
Consideraciones Éticas	56
Análisis de los Datos	57

## **Tabla de Contenido**

Contenido	Página
Capítulo III	
Resultados	58
Resultados del Sub-estudio Cualitativo del Proceso de Adaptación	58
Resultados de Factibilidad	79
Resultados de Aceptabilidad	81
Estadística Descriptiva y Datos de Normalidad	83
Consistencia Interna de los Instrumentos	85
Respuesta a Hipótesis Planteadas del Estudio	87
Capítulo IV	
Discusión	93
Percepciones y Creencias Sobre Uso del Condón y VIH	93
Adaptación Cultural de la Intervención	95
Factibilidad del Estudio	96
Aceptabilidad del Estudio	98
Datos Sociodemográficos	99
Resultados del Estudio Piloto	100
Conclusiones	103
Limitaciones	105
Recomendaciones	105
Referencias	107
Apéndices	128
A. Mapeo de la Intervención	129



## **Tabla de Contenido**

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
B. Detalles Sesión por Sesión	130
C. Consentimiento Informado del Grupo de Reducción de Riesgo de VIH	135
D. Consentimiento para Participación en Entrevistas Semiestructurada	138
E. Guía de Entrevistas Semi-estructuradas	141
F. Cedula de Datos Sociodemográficos	146
G. Registro de Factibilidad Reclutamiento de los Participantes	147
H. Formato de Evaluación de Aceptabilidad de la Intervención	148
I. Escala Multifactorial de Actitudes Hacia el Uso del Condón	150
J. Escala de Autoeficacia para el Uso del Condón	151
K. Escala de Conocimiento Sobre el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual	154
L. Escala de Aculturación Multigrupo de Stephenson	156
M. Escala de Estigma Relacionada con el sida	159
N. Escala de Uso de Condón	160
Ñ. Formato de Lista de Asistencia	161
O. Mapeo de la Intervención	162

## **Lista de Tablas**

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
1. Plan General de Fidelidad	50
2. Categorización de Contenidos	60
3. Asistencia por Sesión	80
4. Resultados de Factibilidad	81
5. Resultados de Aceptabilidad	82
6. Datos Sociodemográficos	83
7. Estadística Descriptiva y Prueba de Normalidad. Pre- Test	84
8. Estadística Descriptiva y Prueba de Normalidad. Post- Test	84
9. Consistencia Interna de los Instrumentos	86
10. Prueba t de Student para Muestras Relacionadas	89
11. Frecuencia de Uso del Condón en Migrantes Haitianos en el Pre-test	91
12. Frecuencia de Uso del Condón en Migrantes Haitianos en el Post-test	91

## Lista de Figuras

Figura	Página
1. Modelo de Reciprocidad Tríadica de Bandura	9
2. Modelo de Adaptación de McKleroy	11
3. Modelo Competencias Culturales de Purnell	15
4. Modelo Lógico de la Intervención	20
5. Sub-estructuración de la Adaptación Cultural de la Intervención “HoMBReS” para Incrementar el Uso del Condón en Migrantes Haitianos en México	22
6. Mapa Jerárquico por Referencia de Codificación	59
7. Proceso de Codificación Automática del Programa Nvivo	59
8. Marca de Nubes con 50 Palabras más Frecuentes	60
9. Aculturación de Migrantes Haitianos en Mexicali Pre-test.	87
10. Aculturación de Migrantes Haitianos en Mexicali Post-test	88

## Resumen

Abraham Isaac Esquivel Rubio  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de graduación: Noviembre, 2021

**Título del Estudio:** Adaptación Cultural de la Intervención “HoMBReS” para Incrementar el Uso del Condón en Migrantes Haitianos en México.

**Número de Páginas:** 169

Candidato a obtener el grado de  
Doctor en Ciencias de Enfermería

**LGAC:** Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA

**Propósito y Método del Estudio:** Adaptar culturalmente la intervención “HoMBReS” para incrementar el uso del condón en migrantes haitianos en México. Diseño de tipo cuasi experimental de serie de tiempo interrumpido simple de un solo grupo. Se realizó el proceso de adaptación cultural por medio de un sub estudio de diseño cualitativo con enfoque etnográfico a través de una entrevista semiestructurada, usando el Modelo de Adaptación de Mckleroy y el Modelo de Competencia Cultural de Purnell, lo que permitió evaluar los contenidos de la intervención de referencia y profundizar en el conocimiento sobre el significado del VIH y el uso del condón en los migrantes. Posteriormente se desarrolló un estudio piloto de la adaptación cultural con hombres haitianos, mayores de 18 años, con un año de residencia en México. Se calculó el tamaño de la muestra para un solo grupo (comparación pre-test y pos-test), con un tamaño de efecto de 0.5, poder estadístico en 0.85 y un nivel de confianza del 95%, se estableció un muestreo, intencional y por conveniencia. La intervención se desarrolló en tres sesiones de 90 minutos, en el contexto y horario elegido por la comunidad. Se aplicaron instrumentos auto administrados de las variables socio demográficas, factibilidad, aceptabilidad, actitudes hacia el uso del condón, autoeficacia para el uso del condón, conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, aculturación, estigma relacionado con el sida y uso del condón. Dentro del análisis de los datos de desarrollaron pruebas de normalidad, análisis de confiabilidad, pruebas paramétricas (t de Student) y pruebas no paramétricas (Rangos de Wilcoxon).

**Contribución y Conclusiones:** La adaptación cultural permitió profundizar y modificar la intervención en cuanto a las percepciones y creencias del uso del condón y el VIH de los migrantes haitianos. Los resultados de la intervención adaptada reportan en cuanto a la aculturación, un apego de los migrantes a la cultura étnica (haitiana) ( $ISE = 3.44$ ;  $ISD = 2.72$ ), para el caso de la actitud masculina ante el uso del condón, se presentó un aumento no significativo en la diferencia de medias al post-test,  $t = -.902$  ( $p = > .05$ ); mientras que, para el nivel de conocimiento, el aumento en la puntuación media obtenida, se presenta como significativo ( $t = -2.584$ ;  $p = .023$ ). En el caso de la autoeficacia, el aumento de la media reportado, no resultó significativo ( $t = -1.854$ ;  $p = .087$ ). El estigma al VIH, reporta un decremento significativo, con un valor de  $z = -1.723$  y una  $p = .085$ , lo que implica que dicha disminución no es significativa. Finalmente, la variable sobre el uso del condón presenta diferencia en los porcentajes reportados que van desde el 14.6% al 28.6%, lo

que implica un aumento del uso en las relaciones sexuales con la pareja habitual, más no así, con la pareja casual. Se reporta una buena aceptación de la intervención por parte de la comunidad, expresando la utilidad y el agrado generalizado, se recomienda que los próximos estudios desarrollen adaptaciones culturales, basadas en las características de los grupos además de considerar la inclusión de un grupo control.

**FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:** \_\_\_\_\_

## **Capítulo I**

### **Introducción**

La Infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que deriva en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), se ha constituido como un problema de gran complejidad social y económica (Blumenthal et al., 2018). En el año 2017, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), estimó que 36.9 millones personas vivieron con esta enfermedad a nivel mundial. El número de nuevos casos, en el bloque de Europa Occidental y Central y América del Norte, representan aproximadamente a 70,000 personas (ONUSIDA, 2020).

Para el caso de América Latina la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta que, en el 2020, se presentaron cerca de 120,000 nuevas infecciones por año, con una mortalidad anual por el sida, aproximada de 35,000 personas. En el caso del Caribe, este dato disminuye presentando 13,000 nuevas infecciones por año, con una mortalidad por sida de 6,700 personas (OPS, 2020).

En el caso particular de México, para el 2018 se registraron 167,787 personas con el VIH, de los cuales 83,577 han desarrollado el sida; los tres estados con mayor número de casos nuevos de VIH, fueron: Veracruz (1,381), Estado de México (1,231) y Ciudad de México (981). En la frontera norte de México en 2018, la notificación de casos nuevos, reporto 384 en Nuevo León, 349 en Baja California, 279 en Tamaulipas, 215 en Chihuahua, 151 en Sonora y 83 en Coahuila (Ceballos et al., 2019).

Ante la gravedad del problema, organismos internacionales, entre ellos la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y ONUSIDA, reconocen como parte de las poblaciones clave, a los migrantes; quienes representan el 3.5% de la población global, es decir 272 millones de personas (OIM, 2018; ONUSIDA, 2016). Tan solo en México, en el periodo de enero-octubre 2018, un total de 2,913,051 personas ingresaron a México de forma legal, registrando su acceso ante el Instituto Nacional de

Migración (INM) (Unidad de Política Migratoria, 2018). Dicho instituto, estima que, de esta población extranjera, 24,431 personas son residentes temporales (turistas o personas en estancia mínima), 26,929 son residentes permanentes, 167,029 son considerados como visitantes regionales y 2,594 son trabajadores fronterizos. Sin embargo, a pesar de los registros oficiales, existe una gran cantidad de personas que se encuentran en condición no legal, según los requisitos específicos del país; para el 2018 se estimó que 118,000 personas no documentadas, habían entrado a México (Unidad de Política Migratoria, 2018).

Particularmente los migrantes no documentados o ilegales, se encuentran en desventaja ante el VIH, pues enfrentan diversos factores de riesgo como no contar con acceso a los servicios de salud, violencia en el proceso migratorio, barreras socioeconómicas, analfabetismo y particularmente, conductas sexuales de riesgo (CSR). Las CSR, son definidas como el conjunto de comportamientos que tienden a incrementar la probabilidad de experimentar resultados negativos como consecuencia de actividad sexual (Granados & Sierra, 2016). Se identifica como parte de estas, el inicio temprano de las relaciones sexuales (Duque, Ariza, Gaona, & Medina, 2015), el uso inconsistente e incorrecto del condón, las relaciones sexuales con trabajadoras del sexo comercial (Folch, Casabona, Sanclemente, Esteve, & González, 2014), relaciones sexuales bajo la influencia de diversas drogas lícitas e ilícitas (Castaño, Arango, Morales, Rodríguez, & Montoya, 2013), múltiples parejas sexuales y tener una pareja sexual con alguna infección de transmisión sexual (ITS) (Guerra-Ordoñez, Benavides-Torres, Burgos-Regil, et al., 2018).

El migrante durante su tránsito realiza cambios en la conducta sexual, entre los que destacan, relaciones con múltiples parejas sexuales y relaciones sexuales sin uso de condón; de esta forma, es como la migración, los cambios en la conducta sexual y las condiciones en las que se da el proceso migratorio, se compaginan como factores de riesgo para la transmisión de ITS-VIH (Álvarez, Alemán, & González, 2011).

Una de las poblaciones migrante en riesgo ante el VIH en México, es la población haitiana. Datos de 2018, reportan que 150,000 adultos que habitaban en Haití eran portadores del VIH, de los cuales, 58% eran mujeres y el 41% hombres; mientras que de las 7,300 nuevas infecciones en personas entre 15 y 24 años solo el 37,3%, identificaron correctamente las formas de prevenir la transmisión del VIH por vía sexual (ONUSIDA, 2017).

Haití, ha cursado por complejas situaciones, políticas, sociales, económicas; lo que ha derivado en pobreza, desigualdad, desempleo, debilitamiento económico, problemas alimentarios y deficiencias en el sistema de salud (Lamaute-Brisson, 2013; Organización Panamericana de la Salud, 2017), situación que expone a su población a problemas en el acceso a servicios de prevención, detección y tratamiento de VIH.

Adicionalmente, la migración haitiana aumentó posterior al terremoto de más de 7 grados en la ciudad de Puerto Príncipe en 2010 (Alarcón & Ortiz, 2017), situación que llevó a los haitianos a emigrar a países como Chile, Perú, Ecuador, México y Estados Unidos (Pedemonte, Amode, & Rencoret, 2015). Según datos del Colegio de México, miles de emigrantes haitianos radicaron en las ciudades de la frontera norte de México, principalmente Tijuana y Mexicali, en espera de respuesta de su solicitud de asilo (Colmex Digital, 2018), donde se estiman que solo en el año 2016, 17,000 migrantes haitianos habían ingresado a México (Montoya, Stephanie, & Sandoval, 2018).

De acuerdo con estimaciones sobre el número de migrantes haitianos de reciente arribo a la frontera norte de México, que solicitaron tarjetas de visitantes por razones humanitarias, se reporta que, en 2017, de un total de 2,552 haitianos, el 75.9% eran hombres, con un promedio de edad de 33 años, de los cuales el 62.2% eran solteros, mientras que el 32.8% estaban casados. Así mismo, el 45.35% contaban con estudios de secundaria, 14.67% con bachillerato, y el 5.99% con niveles de estudios universitario y superiores; se destaca que en el 33.46% no se especifica alguna escolaridad (Coulange & Castillo, 2020).



La migración de esta población, ha establecido un corredor migratorio que ha llevado a los haitianos a recorrer y residir temporalmente en países de Sudamérica, tal es el caso de Chile, Brasil, Venezuela, Colombia, Perú, Ecuador entre otros, perfilando siempre a México y los Estados Unidos, como países destino. Sin embargo en México, la Secretaría de Salud, no reporta información específica sobre la situación del VIH en población haitiana, ni en ninguna otra población migrante de forma particular (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, 2019).

Lo anterior, representa un riesgo potencial a la salud de la población migrante y de la población receptora, ya que, los migrantes no cuentan con acceso a servicios de salud durante el tránsito, además, de ser propensos a practicar conductas de riesgo ante el VIH. Es así, que la prevención del VIH en poblaciones migrantes es de gran relevancia para los países receptores, ya que, al educar, puede evitar la transmisión.

Al respecto ONUSIDA (2016), establece que el uso del condón de forma sistemática, es una de las estrategias más importantes y de mayor efectividad para prevención y reducción significativa de transmisión sexual del VIH. En cuanto a su uso, se menciona que poblaciones de migrantes latinos, tienen menos habilidades para el uso correcto del condón en comparación con población afroamericana en Estados Unidos, lo anterior como consecuencia de factores sociales y culturales como uso del idioma, normas culturales y origen étnico (Rubens, McCoy, & Shehadeh, 2014).

A pesar de esto, se reconoce la complejidad de la relación entre la migración y el VIH, por lo que se han sumado esfuerzos para tomar acciones respecto del cuidado de la salud del migrante, con la finalidad de evitar la distribución y la exposición de esta infección (Okoro & Whitson, 2017). ONUSIDA, como órgano rector de carácter internacional, ha desarrollado una estrategia de acción acelerada para la lucha contra el VIH; en esta, se menciona que las intervenciones a realizarse, incluidas en la correspondiente al uso del condón, deberán desarrollar acciones biomédicas,

conductuales y estructurales, lograr un mayor impacto, ser costo-eficaces y ser adaptadas a las necesidades de poblaciones e incorporar cuestiones de género (ONUSIDA, 2016).

Esta situación ha impulsado el desarrollo de acciones internacionales y nacionales con el fin de establecer un marco de acción para el cuidado de la salud de los migrantes, el cual busca el fortalecimiento de la prevención, detección y tratamiento del VIH/sida (Secretaría de Gobernación, 2014). Es de esta forma, que el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, propone bajo la dirección del Plan Sectorial de Salud, la aplicación del Programa de Acción Específico de Prevención, Atención y Control del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual 2019 – 2024, el cual ha intentado establecer una guía metodológica para el abordaje de esta problemática. Esta aportación consiste en la aplicación de estrategias biomédicas, en cambios del comportamiento, tratamiento antirretroviral/ITS, justicia social y derechos humanos. Estas esferas se reflejan en la adaptación del marco general para la prevención del VIH e ITS en poblaciones clave, el cual sirve de ejemplo a nivel nacional, para la implementación de intervenciones en esta materia, además establecer la secuencia de las actividades a realizar (CENSIDA, 2013).

Por lo anterior, las intervenciones conductuales, surgen como opción en la modificación de las conductas sexuales de riesgo, éstas, se han sustentado en teorías conductuales y de aprendizaje. Sin embargo, existe un punto medular en la elaboración de intervenciones aplicadas a migrantes, el cual es la adaptación cultural; ya que se considera que esta favorece un mayor apego y efectividad de la intervención. El uso de la adaptación en materia de prevención del VIH, tiene antecedentes desde el año 2003, donde la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), propuso la implementación de estrategias en materia de prevención del VIH de forma culturalmente adaptada en poblaciones clave (incluidos los migrantes), por medio de la consideración de los estilos de vida, sistemas de valores, así como de las tradiciones y creencias en el proceso salud enfermedad (UNESCO, 2003).

En el año 2005 la OIM planteó, que la creación de políticas e intervenciones en salud dirigidas hacia los migrantes, deben de reconocer el factor cultural de la persona como un elemento prioritario, incorporando en ellas, acciones en el idioma y el contexto cultural del grupo destinatario, además de campañas en medios de comunicación, talleres educativos por medio de pares.

Por lo anterior, la literatura especializada para la elaboración de intervenciones conductuales, refiere que la adaptación cultural es un proceso por el cual se realizan modificaciones sistémicas de una intervención previa, con el objetivo de constatar que el lenguaje, el contexto y los elementos culturales (contenido de la intervención) concuerden con la población objetivo. De esta forma se considera que las intervenciones efectivas deben lograr adaptarse a nuevos contextos que fortalezcan su aplicabilidad (Gitlin & Czaja, 2016).

Como respuesta a esto, se han desarrollado intervenciones de prevención de CSR en población migrante desde un punto cultural; entre las poblaciones identificadas se encuentran: migrantes chinos, migrantes latinos que viven en Estados Unidos de América (Dennis et al., 2013), mujeres transgénero migrantes (Bockting & Kirk, 2014), estudiantes de diversas etnias, migrantes turcos que viven en Holanda (Van Der Veen et al., 2014), hombres étnicamente diversos residentes Estados Unidos de América (Rhodes et al., 2011).

Los referentes teóricos que respaldan los estudios anteriores son: la Teoría de los valores culturales (Ros, 2002; Schwartz, 1999), la Teoría del estrés de aculturación (Anderson, 1991), la Teoría del empoderamiento (Jennings, Parra-Medina, Messias, & McLoughlin, 2012). En cuanto a modelos, destaca el modelo de investigación participativa basada en la comunidad (CBPR, por sus siglas en inglés) (Hacker, 2017), el Modelo de imaginación de desigualdades (Hart, Hall, & Henwood, 2003), el modelo de empoderamiento cultural y el modelo integrador de aculturación (Guardiola, 2006) y la Teoría social cognitiva (Bandura & McClelland, 1977).

A pesar de estos esfuerzos, no se ha encontrado evidencia que reporte intervenciones efectivas y culturalmente adaptadas, dirigidas a la prevención del VIH/ITS en una población de migrantes haitianos en México. Ante esto y teniendo en consideración los elementos de la migración haitiana, la estadística de VIH en México como en Haití y la evidencia sobre el no uso de condón en migrantes, es que se plantea la necesidad de adaptar una intervención de comprobada efectividad para aumentar el uso de condón en migrantes haitianos.

La intervención considerada, es llamada “HoMBReS” (Hombres Manteniendo el Bienestar y Relaciones Saludables) (Rhodes, Leichter, Sun, & Bloom, 2016; Rhodes et al., 2011). Este proyecto dirigido a migrantes masculinos, y sustentado en la Teoría Social cognitiva (Bandura, 1986, 1994, 2005; Bandura & McClelland, 1977) es considerado por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, 2018), como una intervención efectiva para fomentar el aumento en el uso del condón. Con la evidencia mostrada, se establece el propósito de adaptar culturalmente la intervención “HoMBReS” para incrementar el uso del condón en migrantes haitianos en México.

### **Marco Teórico**

El uso del condón en las relaciones sexuales, es una conducta protectora ante las infecciones de transmisión sexual, sin embargo, el no uso del condón particularmente en migrantes, los expone a ITS-VIH. La ONUSIDA (2016) reporta que el uso consistente del condón, se entiende como una conducta protectora, la cual puede ser aprendida, situación por la cual se requiere de un elemento psico-educativo previo que dirija la forma en la que se desarrollará el aprendizaje y por consiguiente el cambio de conducta.

Bajo estos argumentos, se presenta el siguiente marco teórico, el cual consta de tres elementos, el primero, es un acercamiento a la teoría social cognitiva (Bandura, 1986), la cual es la teoría que dio estructura a la intervención de referencia (HoMBReS); el segundo, es el Modelo del Proceso de Adaptación (McKleroy et al., 2006), el cual

permitió la transición de la intervención base, a la intervención adaptada. El tercer elemento teórico es el Modelo de Competencias Culturales (Purnell, 2000, 2014b; Purnell & Paulanka, 2005), el cual se incorporó exclusivamente en la primera etapa de valoración del modelo de McKleroy; para poder obtener una competencia cultural de los elementos y necesidades sociales y culturales percibidas entorno al fenómeno del VIH por la población Haitiana migrante que radica en la ciudad de Mexicali. Por último, se incorpora el modelo lógico de la intervención el cual se derivó de la su subestructuración teórica del modelo de reciprocidad triádica en el fenómeno de estudio.

**Teoría cognitiva social.** La Teoría Cognitiva Social (Bandura & McClelland, 1977), explica el proceso de aprendizaje del individuo, el cual es entendido como el proceso en el que una persona aprende, debido a su interacción con los demás, donde intervienen factores como el entorno social y la figura de un “modelo” que guíe las acciones de la vida diaria.

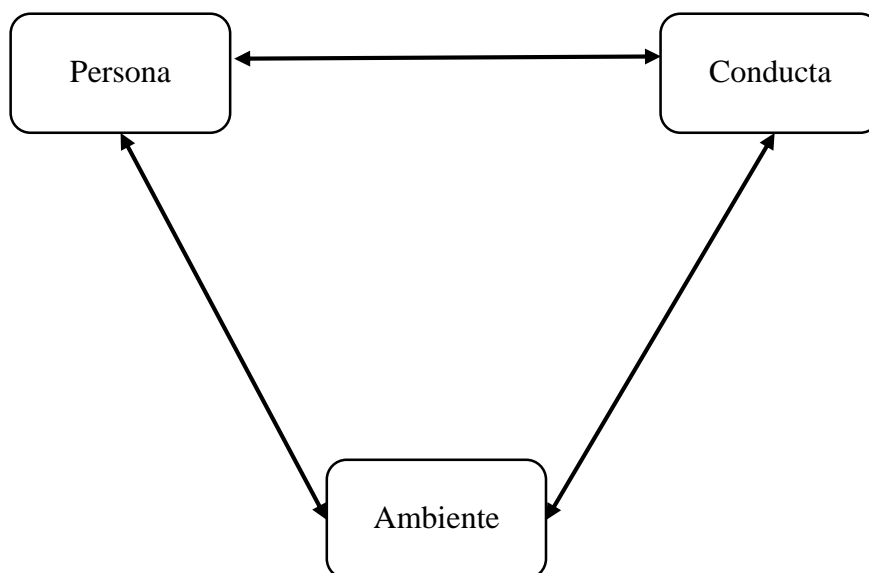
La teoría de Bandura está constituida por tres supuestos principales: El primero de ellos es el “modelo de reciprocidad triádica”. Esta idea sustenta, que existe una relación bidireccional entre la conducta del individuo, el ambiente del aprendizaje (interpersonal y sociocultural) y los factores personales del individuo (Bandura, 2005). Estos últimos, se dividen en factores: afectivos, cognitivos y biológicos (Bandura & McClelland, 1977) (Figura 1).

Bandura (1999) menciona que, a pesar de la relación entre los elementos, la fuerza de interacción no puede ser la misma, ya que esta dependerá del contexto y circunstancias en las que se desarrolle su aplicación. Por lo que el efecto que pueda ejercer un elemento sobre otro, requerirá del factor tiempo para lograr la modificación (influencia) del elemento y llevarlo por tanto a un cambio.

El segundo supuesto es el proceso de aprendizaje, en el cual están implicados aprendizaje en acto y vicario. El aprendizaje en acto o directo, es donde el individuo experimenta las circunstancias y conserva aquellas formas que resultaron con mayor

éxito (consecuencias), estableciendo que aquellas que no fueron satisfactorias, sean perfeccionadas o desechadas. Es decir que una consecuencia exitosa es la fuente de la información y motivación del individuo.

En cuanto al aprendizaje vicario, se considera que es el de mayor frecuencia dentro del proceso de aprendizaje, es dado por la observación de un modelo humano o simbólico. Esta experiencia promueve el aprendizaje acelerado y evita la experiencia propia negativa. Esta línea del aprendizaje por observación (proceso de modelamiento) está constituida por cuatro etapas específicas: la atención, la retención, la producción y la motivación.



*Figura 1.* Modelo de Reciprocidad Trídica de Bandura. El autor afirma que la interacción constante de estos tres elementos favorece el proceso de aprendizaje (Bandura, 1999).

El tercer supuesto es relacionado con el proceso de aprendizaje y desempeño, en donde se establece que una vez que el individuo adquiere un conocimiento, éste probablemente no lo desempeña de forma inmediata. Esta misma teoría considera la existencia de ciertos elementos que influyen en el proceso: el desarrollo del aprendiz, el

prestigio y competencia de los modelos, las consecuencias vicarias, las metas, las expectativas y la autoeficacia al respecto.

La aplicación de esta teoría en el desarrollo de la intervención de incremento del uso de condón en migrantes haitianos, se ve reflejada cuando se considera que el aprendizaje de una nueva conducta (aumento de uso de condón) requiere de ser intervenido educativamente considerando los tres factores de dicha teoría: 1.-Personales: biológicos (edad, sexo), afectivos (actitud masculina ante el uso del condón) y cognitivos (autoeficacia en el uso del condón y conocimiento sobre VIH e ITS), 2.- Socioculturales Aculturación y Estigma hacia el VIH, 3.-Conductuales: Uso de condón.

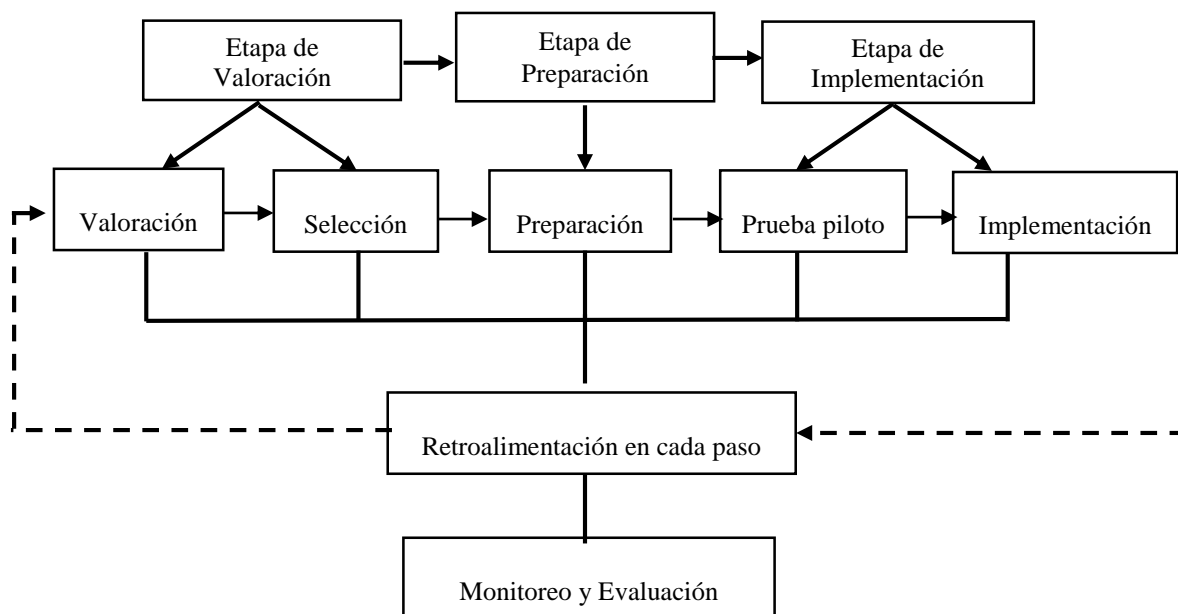
**Modelo de adaptación.** Gitlin y Czaja, (2016) establecen la importancia de las adaptaciones culturales dentro del desarrollo de intervenciones conductuales, por lo que se vuelve necesario el uso de una teoría que guíe el proceso de adaptación de esta intervención

El “Modelo de adaptación de McKleroy” (Figura 2); está constituido por tres etapas y una serie de cinco acciones, que permitieron transitar del diseño de la intervención de referencia “HoMBReS”, a la estructura nueva de la intervención para la reducción de riesgo de infección de VIH en migrantes haitianos (McKleroy et al., 2006). Con la aplicación de esta estructura se realizaron las adaptaciones en la forma de entrega, temáticas y número de sesiones. Todas las acciones realizadas en esta etapa, tuvieron un monitoreo y evaluación constante que permitieron la retroalimentación en los momentos que se consideraron necesarios.

Las acciones que estructuran el modelo se describen a continuación:

**Valoración.** En el primer paso, se establece la realización de una valoración para lograr la comprensión de las necesidades del grupo, sin embargo McKleroy, no especifica los elementos, temas o formas en las que se debe de realizar este abordaje; por lo que con la intención de tener un marco más sólido, se utilizó (solo para la realización de la valoración) el Modelo de Competencia Cultural, el cual permitió, por medio del

abordaje de los 12 dominios, un aumento en la competencia cultural de los miembros del equipo de investigación sobre la percepción del uso del condón del VIH en la población haitiana migrante. Para esto, se realizó un abordaje cualitativo por medio de entrevistas semi-estructuradas con miembros de la comunidad, para poder recolectar y analizar los significados y percepciones de los migrantes haitianos, con una metodología que se describe más adelante.



*Figura 2. Modelo de Adaptación (McKleroy et al., 2006)*

**Selección.** Se incluye en este segundo paso, la selección y organización de las observaciones y consideraciones encontradas en la valoración, las cuales determinaron las variables y actividades a adaptarse en la intervención, las cuales fueron desde la consideración al uso del idioma de la población haitiana (Criollo haitiano) hasta la forma y características de la entrega.

**Preparación.** En el tercer paso se realizaron las adaptaciones establecidas basadas en los puntos anteriores, las cuales dieron una nueva estructura a la intervención, modificando los contenidos y formas de entrega a la población.



Prueba piloto. En este cuarto paso, se realizó una prueba piloto de la nueva estructura de la intervención adaptada, con un grupo pequeño de la población, en la cual se evaluó la aceptabilidad y la factibilidad de la propuesta y en la que se realizaron los ajustes pertinentes.

Implementación. Finalmente, el quinto paso del proceso, implica la aplicación formal del estudio adaptado culturalmente con la población y muestra estimada, siguiendo los lineamientos de la nueva estructura. Sin embargo, al estructurarse el presente, como un estudio piloto se consideró que solo se llegara al paso de la prueba piloto.

**Modelo de competencia cultural.** Este modelo, aportado por la disciplina de enfermería, fue el soporte que permitió el aumento de la competencia cultural para la realización de la adaptación, el cual fue utilizado dentro de la etapa de valoración en el modelo de adaptación. De forma general, el modelo establece la necesidad de comprender y conocer la influencia de la cultura de los individuos, familias y comunidades en diversos aspectos de la vida diaria (Purnell, 1999, 2000), en este caso, sobre la visión social del uso del condón y del VIH en la población haitiana migrante. De esta forma, se desarrolló el guion de una entrevista semi-estructurada basada en los elementos de los doce dominios del modelo, y con base en esta se realizaron entrevistas, para recolectar las impresiones de la comunidad.

Para poder comprender la propuesta del modelo, el autor desarrollo una serie de principios que permiten interiorizar y reflexionar el abordaje metodológico, los cuales son:

1. Todos los profesionales de la salud necesitan información similar sobre la diversidad cultural.
2. Todas las profesiones asociadas al área de la salud comparten el metaparadigma, el cual incluye los conceptos de sociedad global, familia, persona y salud.
3. Una cultura no es mejor que otra; sólo son diferentes.

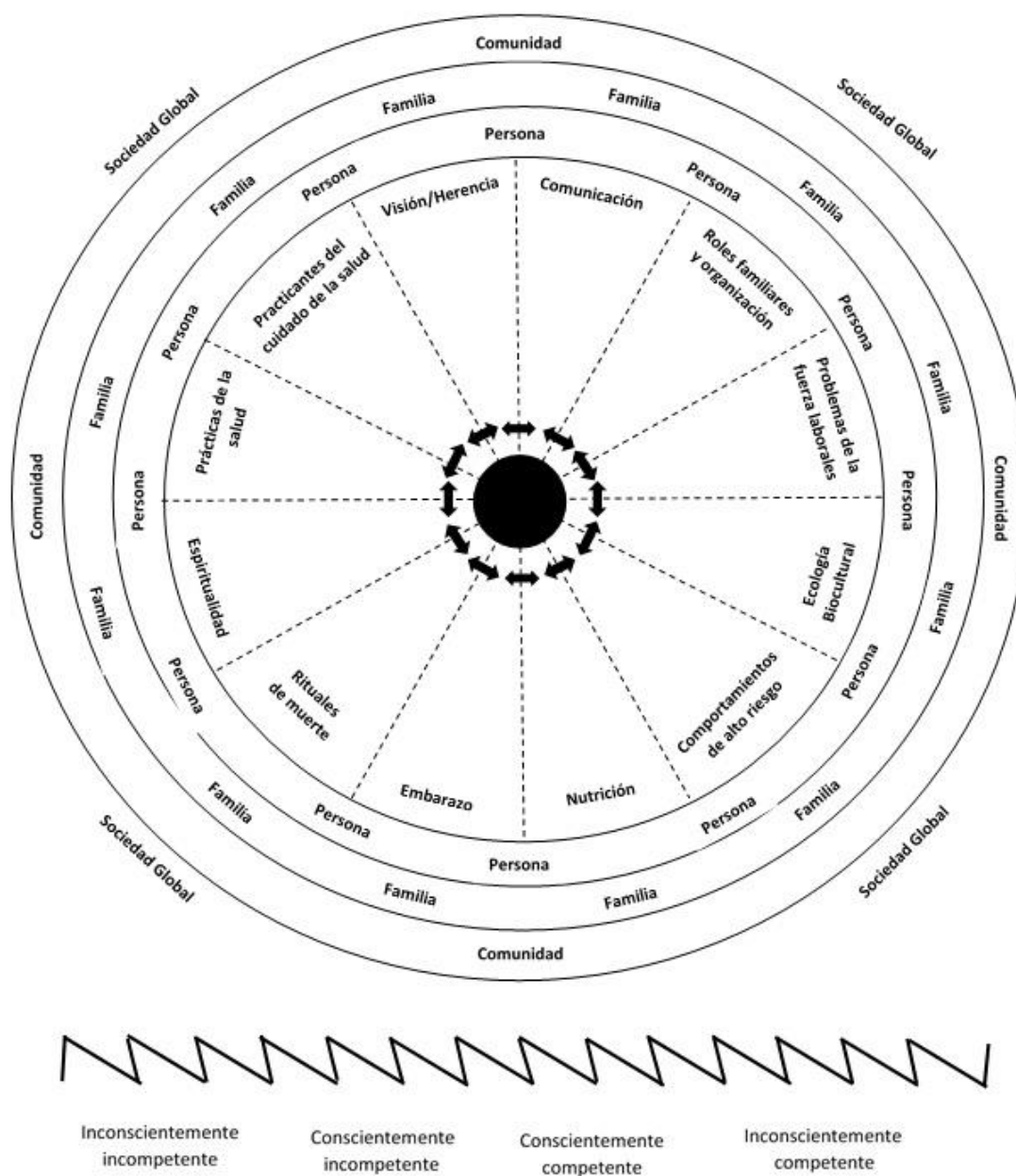
4. Existen similitudes en el centro de todas las culturas.
5. Hay diferencias dentro de cada cultura y entre ellas.
6. Las culturas cambian con el tiempo.
7. Las características culturales de la persona determinan el grado en el que uno se diferencia de otra cultura dominante.
8. Si las personas son co-participantes en el cuidado y tienen una opción de participación en las metas de salud, planes e intervenciones, se mejorarán los resultados esperados.
9. La cultura tiene una poderosa influencia en la interpretación y respuestas del cuidado a la salud.
10. Los individuos y las familias pertenecen a varias subculturas.
11. Cada individuo tiene derecho a ser respetado por su singularidad y patrimonio cultural.
12. Los cuidadores necesitan información general y específica sobre la cultura para así proporcionar cuidados sensitivos y competentes.
13. Los cuidadores que pueden evaluar, planificar e intervenir de una manera culturalmente competente brindaran un mejor cuidado a las personas que cuidan.
14. El aprendizaje cultural es un proceso continuo y desarrollado en una variedad de formas, pero principalmente por encuentros con las culturas.
15. Se pueden minimizar prejuicios y sesgos con la comprensión cultural.
16. El cuidado de la salud debe reflejar la comprensión única de los valores, creencias, actitudes, y la visión del mundo, de poblaciones diversas para que este sea efectivo.
17. Las diferencias en cuanto a raza y cultura requieren intervenciones de cuidado diferentes.
18. La conciencia cultural mejora el cuidado del profesional de salud.

19. Las profesiones, organizaciones y asociaciones tienen su propia cultura, la cual puede ser analizada usando esta teoría.

20. Cada encuentro con el paciente es un encuentro cultural.

***Macro y micro aspectos del modelo de competencias culturales.*** En la figura 3, se presenta la representación gráfica del modelo, el cual desarrolla dos estructuras principales: macro aspecto, y micro aspecto. El macro aspecto establece la construcción del metaparadigma enfermero el cual sustenta de manera epistemológica la visión de la competencia cultural. El metaparadigma desde la visión de Purnell (2000, 2014a, 2014b), contiene y define los siguientes elementos:

- Comunidad: Un grupo de personas que tienen un interés común o identidad y viven en un lugar específico.
- Familia: Dos o más personas que se envuelven emocionalmente el uno con el otro. Pueden, pero no necesariamente, vivir en proximidad estrecha el uno con otro y podrían estar relacionados consanguíneamente o no.
- Sociedad Global: Se observa el mundo como una comunidad grande de personas en continua multiculturalidad.
- Salud: Es el estado salud definido por una persona o grupo étnico y generalmente con implicaciones físicas, mentales y espirituales, que actúan recíprocamente con la familia, la comunidad, y la sociedad global.
- Persona: Es un ser humano, que constantemente se adapta al ambiente, desde el punto de vista biológico, psicológico, y social.



*Figura 3. Modelo Competencias Culturales (Purnell, 2014)*

Por otro lado, en el primer apartado, que corresponde al micro aspecto, se refiere, a cada uno de los 12 dominios por los que está constituido el modelo y que componen en

general, los elementos necesarios para aumentar la competencia cultural de una sociedad en particular. Cada uno de los dominios se explica a continuación:

***Panorama general, localidades habitadas, y topografía.*** Incluye conceptos relacionados con el país de origen y residencia actual; los efectos de la topografía del país de origen y residencia actual. Salud, economía, política, motivos de la migración, educación, estado y ocupaciones.

***Comunicaciones.*** Incluye conceptos relacionados con el lenguaje dominante, dialecto, y el uso contextual del lenguaje; y variaciones del idioma, tales como volumen de voz, tono, entonaciones, inflexiones y disposición para compartir pensamientos y sentimientos; así mismo se refiere a comunicaciones no verbales como contacto visual, gestos y expresiones faciales, uso del tacto, lenguaje corporal, espacial. Del mismo modo considera prácticas de distanciamiento y saludos aceptables, temporalidad en términos de pasado, presente y orientación futura de la cosmovisión; reloj versus tiempo social; y la cantidad de formalidad en uso de nombres.

***Roles familiares y organización.*** Incluye conceptos relacionados con el jefe de familia, roles de género, metas y prioridades familiares, tareas de desarrollo de los niños y adolescentes, roles de los ancianos. Estado social individual, familiar y comunitario, así como la aceptación de estilos de vida alternativos, tales como la crianza, las orientaciones sexuales, los matrimonios sin hijos y divorcio.

***Asuntos de trabajo.*** En este apartado se evalúan dos elementos principales, el primero llamado cultura en el lugar de trabajo, donde se incorpora la identificación de los problemas específicos en el aspecto laboral y los cuales se ven afectados por la inmigración, el conocer y describir las consideraciones multiculturales específicas de cada persona o grupo culturalmente con relación al aspecto del trabajo. Además, identifica los factores que influyen en los patrones de adaptación del grupo cultural a la sociedad receptora y explora las prácticas de cuidado a la salud y su influencia en la fuerza laboral.

El segundo apartado, es el asociado a los temas relacionados con la autonomía, donde se debe de identificar problemas relacionados con la autonomía profesional, los problemas religiosos y la construcción del género en la fuerza laboral. Además de Identificar barreras lingüísticas de los grupos en una zona culturalmente diferente.

***Ecología biocultural.*** El autor propone la identificación de características biológicas como el color de piel y las variaciones físicas por grupo cultural, sumado a esto, orienta a la explicación de inquietudes del personal de salud al respecto del color de piel y la explicación de variaciones fisiológicas o de estructura el cuerpo, enfermedades y condiciones de salud del grupo o población, conocimiento de factores de riesgo hereditarios propios del grupo cultural, predisposición a enfermedades y la identificación de la forma en que los medicamentos o sustancias que se otorgan interaccionen con el metabolismo de las personas del grupo cultural. Además de lo anterior, se deben de abordar las prácticas de cuidado a la salud, en las que se identifiquen los conocimientos respecto del cuidado a la salud, así como las actividades físicas que puedan considerarse como parte de un estilo de vida saludable.

***Nutrición.*** En este apartado debe de considerarse si los alimentos o el acto de la alimentación mantiene un significado particular para el grupo. Deben de reflexionarse todos aquellos rituales y prácticas en la preparación de los alimentos, así como identificar los ingredientes que son base en la alimentación de la comunidad. Sumado a esto, debe de identificarse y comprender los rituales en torno a la alimentación.

***Embarazo y prácticas de maternidad.*** Debe de considerarse todas aquellas prácticas asociadas a la fertilidad y al control de esta, así como la visión de la sociedad en el proceso del embarazo, incluido los tabús y todos aquellos cuidados culturales que se brindan en el proceso del embarazo. Debe de identificar acciones asociadas a la alimentación de la mujer embarazada, actividad física, relaciones sexuales y la influencia de condiciones climáticas. En cuestión del parto debe de comprenderse tabúes el uso de técnicas para el parto, las reacciones durante el proceso, la presencia y

significados de la participación del hombre y la preferencia en cuanto a los servicios de salud. Al respecto del posparto se vuelve relevante comprender las prácticas prescriptivas, restrictivas y tabúes asociados al puerperio, incluyendo los significados del baño, cuidados del recién nacido, alimentación del binomio y actividades de la figura paterna en el cuidado del niño y la madre.

***Prácticas y rituales asociados a la muerte.*** Se consideran aquellas acciones, creencias y expectativas sobre la muerte dentro de la cultura. De la misma forma se deben de explicar las prácticas para sobrellevar la pérdida y los cuidados específicos (incluye disposición y manejo de restos funerarios). Por otro lado, se debe de profundizar en los significados de la muerte y el contexto e ideologías al respecto.

***Espiritualidad y prácticas religiosas.*** En este sentido debe de identificarse la influencia de la religión o espiritualidad de la persona y de su comunidad en las prácticas asociadas al cuidado a la salud, además debe de examinar el uso de técnica propia de cada corriente del pensamiento en el logro de la plenitud personal. Bajo este mismo tenor es necesario que se conozca la interpretación del significado.

***Prácticas de cuidado a la salud.*** Este aspecto es fundamental para la comprensión de las acciones sobre los cuidados, ya que en este rubro se propone la identificación de creencias que tienen injerencia en las acciones del cuidado a la salud, así como la necesidad de describir aquellas prácticas de prevención y promoción de la salud. Por otro lado, es necesario conocer las percepciones sobre la responsabilidad sobre el cuidado y el enfoque con el que este se da, así como quien es la figura que culturalmente se hace es la responsable de brindarlo. De la misma forma debe de considerarse la función de los servicios de salud dentro de la cultura, entre otras actividades asociadas a la terapéutica.

En cuanto a las características culturales debe de profundizarse en las influencias de pensamientos mágico-religiosos o tradicionales en las acciones del cuidado de la

salud. En este sentido se implica la detección de barreras geográficas, de infraestructura, económicas asociadas al cuidado.

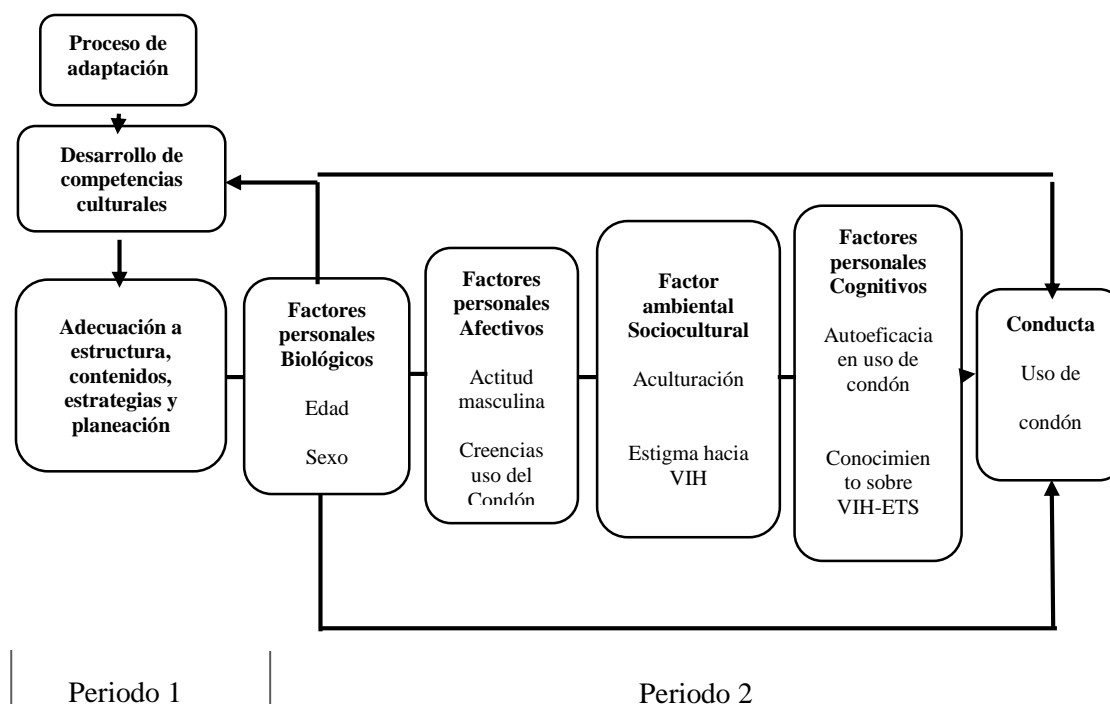
***Proveedores de cuidado.*** Este apartado implica la identificación de proveedores de cuidado profesional y tradicional que son responsables de la salud de las comunidades y así mismo, de las actividades que realizan y los significados y representaciones para la persona y la comunidad.

***Desarrollo de aprendizaje de la competencia cultural.*** Por último, el aprendizaje de estos elementos en una cultura y tema en particular, implica, el avance en el proceso dinámico de la competencia cultural; es decir que, a mayor conocimiento, mayor competencia. De forma general el modelo propone cuatro estadios, los cuales son:

- *Inconscientemente incompetente:* se considera el estadio en el que el profesional del cuidado no comprende, ni conoce la importancia de aplicar cuidados basados en una visión cultural del cuidado.
- *Conscientemente incompetente:* el profesional comprende que existe la necesidad de conocer el contexto cultural de la persona para brindar cuidados culturalmente adecuados.
- *Conscientemente competente:* en este momento el personal realiza acciones para conocer el bagaje de constructos culturales.
- *Inconscientemente competente:* es la situación que considera que el profesional brinda cuidados automáticamente bajo de un enfoque cultural.

**Modelo Lógico de la Intervención.** Bajo los conceptos y estructura de la Teoría Social Cognitiva; con los pasos del proceso de adaptación y con las aportaciones del modelo de competencia cultural; se presenta la propuesta teórico-metodológica, estructurada en dos períodos, que guio el desarrollo del estudio piloto de una intervención culturalmente adaptada (Figura 4).





*Figura 4. Modelo Lógico de la Intervención*

Período 1.-Adaptación cultural de la intervención: para concretar el proceso de adaptación, fue necesario el desarrollo de un sub-estudio de diseño cualitativo que permitió identificar, por medio de los 12 dominios de competencia cultural, las creencias, costumbres, tradiciones, pensamientos y posturas sobre el uso del condón y el VIH en el migrante haitiano. De esta forma se obtuvo elementos específicos para realizar las adaptaciones a la estructura, contenidos, estrategias y planeación planteada en el desarrollo de la intervención.

Período 2.- Una vez realizado todo el proceso de adaptación y con base a lo establecido en el diseño general del estudio, se realizó la aplicación de un estudio piloto para evaluar la factibilidad, aceptabilidad de dicha intervención y realizar adaptaciones finales.

De forma general el desarrollo de la intervención, basada en la teoría cognitiva social y principalmente el modelo de reciprocidad triádica, implica que se requiere de la

evaluación de factores biológicos de la persona, particularmente la edad y el sexo, situación que es clave dadas las características de la población haitiana migrante y las cuales tienen una influencia en el desarrollo del resto de los factores. Por lo tanto, se requiere de la medición y la intervención educativa de diversas variables de estudio.

La estructura partió del reconocimiento de factores personales afectivos en los que se pretendió modificar las actitudes masculinas hacia el uso del condón. También se requirió del abordaje del factor cognitivo en el que se buscó aumentar el nivel autoeficacia en el uso del condón, el nivel de conocimiento sobre el VIH e ITS. Además, se realizó el abordaje de factores ambientales desde la visión sociocultural, en la cual se buscó modificar el nivel de estigma hacia el VIH, además de identificar el nivel de aculturación. Con lo anterior, se pretendió, modificar la conducta sobre el uso del condón, posterior a la aplicación de esta intervención, considerando que, durante el mismo proceso de aplicación, la evaluación y el aumento de la competencia cultural, permito retroalimentar todo el proceso.

**Subestructuración teórico conceptual empírica.** Para fortalecer la estructura lógica del desarrollo de la intervención, se presentó un esquema que relaciona los conceptos de la Teoría Cognitiva Social de Bandura (Bandura, 1986), con las variables consideradas para la intervención (Figura 5); en el esquema, se representa la estructura a seguir de los conceptos teóricos del modelo de reciprocidad triádica, los aspectos conceptuales del fenómeno de estudio y la evidencia empírica que permite medir las variables de estudio.

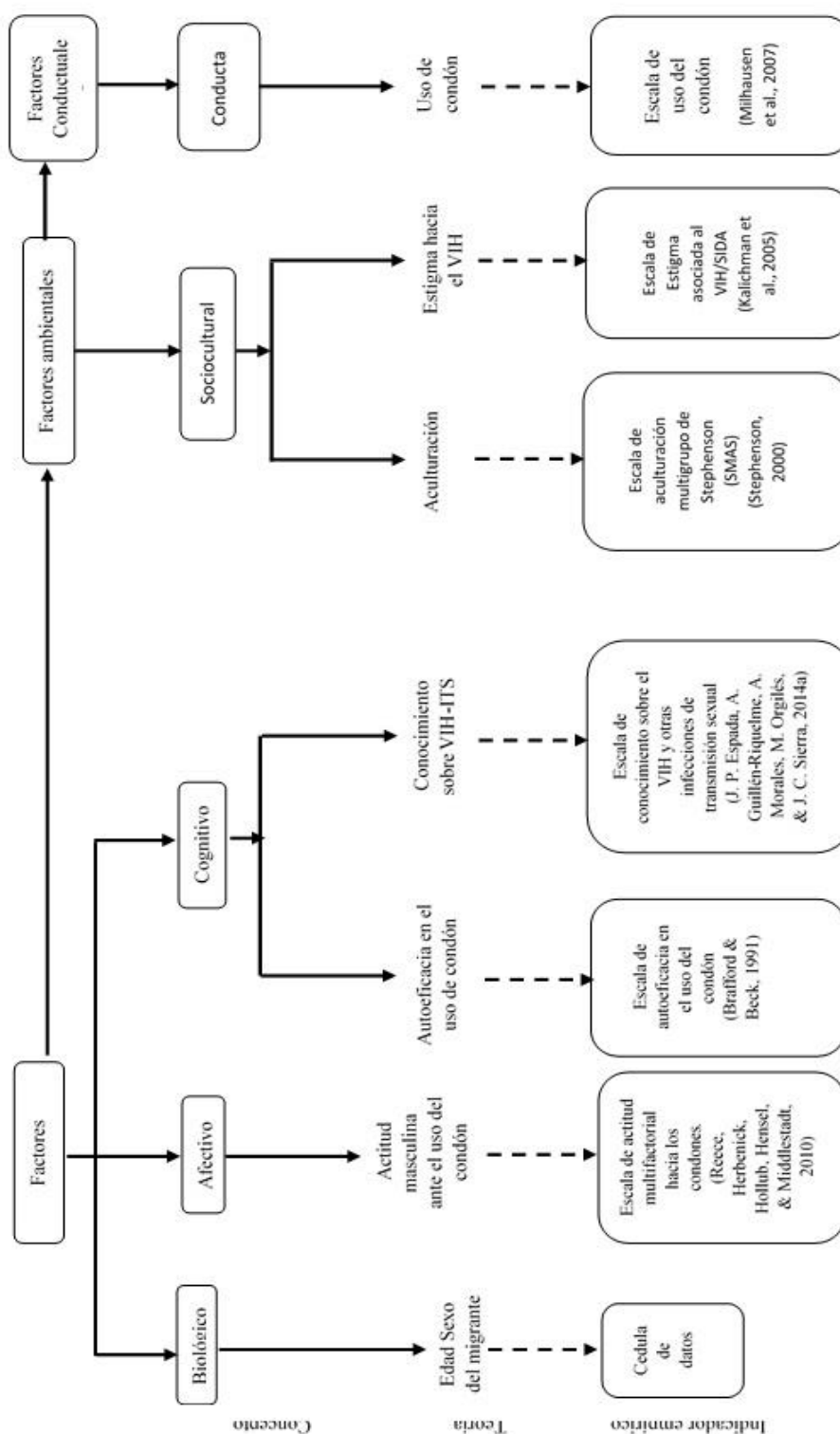


Figura 5. Sub-estructuración de la Adaptación Cultural de la Intervención “HoMBRES” para Incrementar el Uso del Condón en Migrantes Haitianos en México

## Estudios Relacionados

En el presente apartado se presentan los estudios relacionados de cada una de las variables del estudio. Se establecen los apartados conforme los elementos del modelo de reciprocidad triádica de Bandura sustentada en la Teoría Social Cognitiva.

### **Factores personales biológicos.**

**Edad.** Gunaratnam et al. (2019), identifican las tendencias en los nuevos diagnósticos de VIH en Australia entre 2006 y 2015 (11,451 diagnósticos); compararon a la población local, con migrantes de otros países. Se establece que la edad es un factor de importancia en el diagnóstico del VIH, se reporta que, en los migrantes, la infección se da en edades más tempranas en comparación con las personas locales, principalmente en hombres del sudeste asiático ( $IRR = 1.90$ ,  $IC\ 95\% = 1.63-2.21$ ) y en los nacidos en las Américas ( $IRR = 2.37$ ,  $IC\ 95\% = 1.91-2.95$ ).

Dobra, Bärnighausen, Vandormael y Tanser (2017), en un estudio, cuyo objetivo fue cuantificar las dimensiones espacio-temporales de la movilidad humana en relación con el riesgo de adquisición del VIH, refieren que de una muestra de 17,743 personas, la tasa de incidencia fue más alta para los hombres, la cual se midió en el grupo de 25 a 29 años de edad: ( $IRR = 5.79$ ,  $IC\ 95\% = 4.79-6.80$ ); se asocia para este rango de edad, al aumento en la tasa de migración externa, donde esta decae en al menos 10% posterior a los 45 años. Al respecto de la distancia, el riesgo aumenta un 75% en una migración de al menos 205 kilómetros. De la misma forma se menciona que hay un aumento del 50% en hombres que pasan alrededor del 44% de su tiempo fuera de su entorno habitual.

Por su parte Zhu, Ji, y Yang (2015), reportan un estudio realizado a una muestra de 1710 migrantes chinos, cuyo objetivo fue estimar la relación entre la migración y el comportamiento de riesgo del VIH por género; se reportó que los factores como edad, el género y los niveles educativos, se asocian a las conductas de riesgo para el VIH, de estas últimas se destacan el consumo indebido de drogas ( $OR = 2.23$  [ $1.01-2.41$ ]), el no

uso de condón ( $OR = 0.35 [0.16-0.73]$ ) y la venta de sexo ( $OR = 1.56 [1.20-2.91]$ ), donde todos se presentaron en mayor porcentaje en hombres.

Por su parte Leyva-Flores, Aracena-Genao, y Serván-Mori, (2014) reportan un estudio que buscaba estimar la asociación entre la tasa neta de migración y la prevalencia de VIH en Centroamérica (principalmente en México), mencionan que la edad del migrante es clave, pues oscila entre 15 a 49 años y presenta una asociación positiva ( $\beta = 0.61$ ) lo que sugiere que la tasa neta de migración puede explicar el 6% de la prevalencia registrada de VIH en Centroamérica y México. En el análisis con otros cofactores como los socioeconómicos, nivel de educación, desempleo, esperanza de vida, entre otros, el porcentaje de prevalencia aumenta al 9% ( $p < .05$ ).

#### *Síntesis de estudios relacionados.*

Se considera que la edad del migrante, es el punto clave en el abordaje del fenómeno de la migración, por lo que es considerado un factor de relevancia al respecto de la transmisión del VIH, de esta forma se observa que los adolescentes y adultos jóvenes son poblaciones de mayor riesgo a la infección del VIH, por lo tanto, las acciones de prevención a considerar, deberán de desarrollarse en torno a las edades de esta población.

**Sexo.** Chowdhury et al. (2018), realizaron un estudio, para explorar los riesgos y vulnerabilidades ante el VIH con una muestra de 4,958 migrantes. Los resultados indican que el porcentaje de hombres que consumen alcohol es mayor que en las mujeres (41.1% y 12.1% respectivamente), el uso del sexo comercial, es mayor en hombres que en mujeres (62.9% y 5.9%), además el 93.6% de los hombres casados y el 12.3% de las mujeres casadas reportan tener relaciones sexuales con otra persona que no es su pareja estable; sumado a esto, se identificó que del total de la muestra el 0.77% (34) eran VIH positivo en comparación con el 2.96% de mujeres (574), cuya diferencia es considerada como significativa ( $p < .01$ ).

Norris, Weisband, Wiles, y Ickovics (2017), realizaron un estudio en migrantes de Tanzania, cuyo objetivo fue identificar la prevalencia de infecciones de transmisión sexual (incluyendo al VIH); se informó que, de una muestra de 533 migrantes, el 55% eran hombres; lo que se asoció, por medio de modelos de regresión de Poisson multivariados, a que el ser hombre migrante tiene una mayor prevalencia de cualquier ITS, en comparación con los no migrantes ( $APR = 1.53$ ,  $IC\ 95\% = 1.23-5.25$ ).

Pérez-Parra, et al. (2017), realizaron un estudio filogenético cuyo objetivo fue comprender los patrones de transmisión viral y el papel de la inmigración en la propagación del VIH; se reporta, que de 693 personas, 165 (23.8%) se encontraban infectadas con el VIH. La mayoría de estos hombres (63%,  $p < .001$ ), eran mayores de 35 años (principalmente entre los 35 y 45 años) (73.5%,  $p < .001$ ), heterosexuales (92.2%,  $p < .001$ ) y provenientes de países africanos.

Connors, et al. (2017), realizaron un estudio en la frontera sur de México en el cual se evaluó la prevalencia de conductas sexuales de riesgo e infecciones de transmisión sexual, en una muestra de 392 migrantes guatemaltecos. Se utilizaron modelos de regresión univariados y multivariados; los resultados reportaron que la prevalencia del VIH es menor (1.3%) en comparación con las mujeres (2.4%), lo cual se revierte al hablar de ITS, ya que los hombres presentan una prevalencia mayor (2.3%) en comparación con las mujeres (1.2%).

Olawore, et al. (2018) en un estudio realizado en Uganda, que tenía como objetivo, evaluar el riesgo de infección en población migrante, reportaron, que en una muestra de 15,187 personas, la media de edad para los hombres fue de 26 años. El 20% fue diagnosticado con VIH, y se reporta que la incidencia del VIH, es alta en migrantes que tienen poco tiempo de llegar a la ciudad destino ( $RR = 2.47$ ,  $CI\ 95\%$ , [1.06, 5.75]).

#### *Síntesis de estudios relacionados.*

Dentro del fenómeno de la migración, los hombres son quienes más intentan emprender un proceso migratorio, por tanto, están expuestos a adquirir el VIH; situación

que está relacionada a determinantes sociales y que determinan en gran medida la relevancia del género en el proceso migratorio.

### **Factores Personales Afectivos.**

*Actitud masculina ante el uso del condón.* Talukdar, Sanyal, Krishnendu, & Sengupt, (2008), buscaron validar una escala de actitud al uso de condón para trabajadores migrantes, en una muestra de 474 participantes. La validación del instrumento considero el análisis por factores, donde el único factor, representa el 71% de la varianza. Además, el 70% de ellos, opinaron que el uso del condón es incómodo en las relaciones sexuales; así mismo el 72% reportó estar de acuerdo que usar condón, hace que el sexo sea desagradable. De esta forma, se muestra que existen actitudes negativas al uso del condón en la población migrante, situación que los pone en un riesgo ante el VIH.

Roy, Anderson, Evans, Rahman, y Rahman, (2013), reportan la validación de una escala de actitud del uso de condón en migrantes. Se aplicó a 878 trabajadores migrantes, principalmente taxistas y trabajadores de restaurantes. La consistencia interna de la escala fue de  $\alpha = 0.89$  y se representó el 52% de la varianza en un primer componente, mientras que el segundo componente representó el 20% de la varianza total. Los resultados de la aplicación refieren que existe actitud negativa al uso del condón 21.45 ( $SD = 6.78$ ) (10 = actitud muy negativa; 25 = actitud negativa ni positiva; 50= actitud muy positiva); los migrantes que manifestaron haber tenido sexo comercial sin usar un condón en los últimos tres meses, mostraron actitud negativa alta hacia el condón ( $r = -.688, p < .001$ ).

Ebrahim, Davis, y Tomaka (2016) examinaron correlatos sobre el uso del condón en 205 migrantes somalíes y etíopes en Estados Unidos. Al respecto de los ítems se encuentran los asociados a las actitudes, las normas sociales, control conductual percibido, autoeficacia, intención de comportamiento y uso de condones. En los resultados se destaca, que la actitud del uso de condón, es moderadamente favorable

( $M = 3.18$ ,  $DE = 1.40$ ); por su parte dentro de los reportes de correlaciones, se menciona que existe débil relación entre la actitud y las normas sociales sobre el uso del condón ( $r = .12$ ,  $p < .05$ ).

Wang, et al. (2019) Wang, et al. (2019), realizaron la validación de un modelos sobre el uso de condón en migrantes chinos que tienen sexo con hombres, se reporta que en una muestra de 412 personas, en las actitudes sobre el uso del condón se obtuvo una media de 12.28, de un rango de 3 a 15 puntos, lo que implica que existe una actitud más positiva ante el uso del condón.

#### *Síntesis de estudios relacionados.*

La actitud ante el uso del condón, es considerada un referente de gran importancia para el uso consistente del condón; los estudios presentados de forma general mencionan la presencia de actitudes positivas y negativas, estas últimas consideradas un factor de riesgo para el VIH e ITS en migrantes.

#### **Factores Personales Cognitivos.**

***Autoeficacia en el Uso de Condón.*** Wong, et al. (2018) en un estudio realizado en Hong Kong, tuvo como objetivo explorar los comportamientos de salud sexual y las desigualdades sociales entre 374 solicitantes de asilo y refugiados, a través de un análisis de modelos de ecuaciones estructurales. Se reporta que en el tercer modelo, hay asociación significativa entre autoeficacia en el uso del condón y elementos de la pre migración como estado civil (casados:  $\beta = 2.35$ ,  $p < 0.01$ ), nivel educativo (educación primaria:  $\beta = 2.91$ ,  $p < .01$ ; escuela secundaria:  $\beta = 2.83$ ,  $p < .01$  ; universidad o superior:  $\beta = 3.24$ ,  $p < .02$ ) y lugar de origen (África central / meridional:  $\beta = 3.78$ ,  $p < .001$ ; África occidental:  $\beta = 3.98$ ,  $p < .001$ ).; y por otra parte con determinantes del estilo de vida como problemas con la colocación ( $\beta = 2.88$ ,  $p < .001$ ), problemas con sus oficiales migratorios ( $\beta = -2.04$ ,  $p < .01$ ) y consumo de alcohol (consumo poco frecuente:  $\beta = 1.90$ ,  $p < 0.05$ ; consumo frecuente:  $\beta = 3.76$ ,  $p < .001$ ).



Nebot, et al. (2016) evaluaron la efectividad del consejo anticonceptivo en 126 adolescentes, incluidos aquellos que tienen el estatus de migrantes, se reportó que, el abordaje de las temáticas planteadas de autoeficacia en el uso de condón, favoreció el aumento del misma, en migrantes a un 10,2% ( $p < .041$ ) y al respecto de rechazar relaciones sexuales sin condón, un 6,3% ( $p < .001$ ), por último, en lo correspondiente al uso frecuente del preservativo (uso en la última relación sexual), se reporta un aumento de un 7,4% en inmigrantes ( $p < .001$ ).

Castro, Bermúdez, Buena-Casal, y Madrid (2011) desarrollaron un estudio para analizar las variables asociadas al debut sexual de adolescentes en España, incluidos en estos, aquellos provenientes de Latinoamérica (migrantes), reportan que, en una muestra de 2,153 adolescentes, se logró identificar a la autoeficacia en el uso del condón, como un factor protector en las relaciones sexuales en adolescentes latinoamericanos ( $OR = 0.903$ ,  $IC = 95\%$  [0.88-0.93]).

Denner, Organista, Dupree y Thrush. (2005), examinaron factores predictivos en la toma de decisiones en las CSR, relacionados con el VIH en 366 adultos migrantes; reportaron respecto de la autoeficacia en el uso de condón, que esta se presentó en mayor proporción en migrantes solteros ( $t = 1.358 = 2.34$ ,  $p < .05$ ), se concluye que la autoeficacia en el uso de condón predice un menor riesgo sexual asociado al VIH.

Sullivan, et al. (2018) reportan una revisión de la literatura con el objetivo de identificar la relación entre el riesgo percibido y la autoeficacia de la comunicación con la pareja, la relación y la negociación sexual, y la autoeficacia en el uso del condón en hombres hispanos. Se realizó una búsqueda en tres bases de datos que arrojaron un total de 710 artículos iniciales, de los cuales solo 34 se usaron para el análisis. Se reporta que para la autoeficacia en el uso del condón solo el 35% de los estudios refieren una relación positiva entre la autoeficacia y el riesgo percibido. Se concluye que, a mayor autoeficacia, mayor posibilidad de uso del condón en las relaciones sexuales.

*Síntesis de estudios relacionados.*

La autoeficacia en el uso del condón, se muestra como un elemento clave en el abordaje de las estrategias para la lucha contra el VIH-sida, de esta manera la evidencia muestra que a mayor nivel de autoeficacia existe mayor uso de condón y por tanto un menor riesgo de contagio de VIH, por lo que el desarrollo de esta variable en las intervenciones, es de vital importancia para el éxito de la reducción de riesgo.

**Conocimiento sobre el VIH-ITS.** Santos-Hövenner, Marcus y Koschollek (2018), buscaron determinar las necesidades de prevención en migrantes africanos; se reporta, que en los análisis de evaluación de conocimiento sobre el VIH, en una muestra de 569 personas, las mujeres migrantes tienen un mayor nivel de conocimiento que los hombres (94.8%,  $OR = 1.7$ ,  $p < .001$ ), sin embargo, los hombres eran más conscientes de los servicios de pruebas rápidas de VIH (42.8%;  $OR = 0.7$ ;  $p < .05$ ). Se refiere también, que un conocimiento alto en el manejo del idioma alemán, se asocia con mayor nivel de conocimiento sobre el VIH (96.8%,  $OR = 1.7$ ,  $p < .01$ ), mientras que el no contar con seguridad en salud, se asoció con menos conocimiento (94.8%,  $OR = 0.3$ ,  $p < .001$ ).

Ríos, et al. (2009), plantearon describir el grado de conocimiento en inmigrantes en Cataluña; con una muestra de 238 participantes, reporta que más de la mitad de la muestra (53,8%) tiene conocimientos inadecuados sobre la transmisión del VIH, y los cuales sugieren, que se tiene asociación con algunas determinantes sociales como el contar o no con trabajo ( $OR = 2.59$ ,  $IC\ 95\%$ ; 1.42–4.73]), además de que se asocia a la población migrante “magrebí”, con una situación desfavorecida en comparación con la población de migrantes latinos ( $OR = 4.99$ ,  $IC\ 95\%$ ).

Zoboli, et al. (2017) en un estudio dirigido a migrantes, que radican en Italia, busco identificar la relación entre el nivel de conocimientos y la habilidad para el uso del preservativo en una muestra de 55 personas. Se reporta que menos de la mitad de la muestra, contaban conocimientos suficientes sobre la transmisión del VIH; respecto a la habilidad del uso de condón, se establece que solo el 22.2% cuentan con la habilidad

adecuada para su uso. Se reporta asociación entre el nivel educativo y la adecuada habilidad en el uso del condón ( $OR = 7.9$ ,  $IC\ 95\% 2.2-35$ ;  $p < .001$ ) y también con el nivel de conocimiento adecuado ( $OR = 6.7$ ,  $IC\ 95\% 1.3-43.4$ ;  $p < 0.05$ ).

Yang, Wu, Schimmele, y Li (2015), describen el conocimiento sobre VIH en migrantes en China, en una muestra de 939 hombres. Se reporta que los migrantes tiene un nivel bajo de conocimientos sobre el VIH, Sumado a lo anterior en los análisis multivariados, se presentó una relación significativa entre el nivel de estudios ( $\beta = 1.89$ ,  $p < .001$ ) y el nivel de conocimiento, considerando que a mayor nivel de estudios mayor nivel de conocimientos, ( $\beta = 1.891$ ,  $p < .001$ ).

Febres-Cordero, et al. (2018) en un estudio de tipo cualitativo, realizado en la frontera México-Guatemala, cuyo objetivo era analizar el apoyo de pares en la configuración de la vulnerabilidad y la resiliencia, relacionadas con la prevención del VIH/ITS y la violencia, entre las trabajadoras sexuales migrantes internacionales, reporta, que recolecto la información de 52 participantes, donde se destaca que el apoyo por parte de las pares, es de vital importancia en la transmisión del conocimiento sobre VIH e ITS, donde se menciona que, dadas las condiciones sociales y económicas, el apoyo de los demás es la única manera de adquirir información.

#### *Síntesis de estudio relacionados.*

Según la evidencia, el nivel de conocimiento sobre VIH, se relaciona de manera importante con otras variables de estudio como lo es el uso de condón, lo que pone en perspectiva que, en el caso de la población migrante, es una variable que puede ser de gran importancia para la reducción de riesgo de VIH. De la misma forma su asociación a los factores socioeconómicos y a diversas determinantes sociales implica la persistencia de conductas de riesgo.

#### **Factores ambientales socioculturales.**

**Aculturación.** Du y Li (2015), en una revisión sistemática, dirigida a identificar la relación entre la aculturación y los comportamientos sexuales de migrantes, se

reportó, que de 73 artículos revisados en el periodo de 1992 hasta el 2012, se encuentran asociaciones positivas con el sexo no seguro ( $r = .16$ , IC 95%, [.08-23]) con menor prevalencia en estudios que solo incluyeron solo al sexo masculino ( $r = -.13$ ,  $p = .35$ ); también se asoció positivamente con las ITS ( $r = .10$ , IC 95%, [.04 -.17]); considerando que el tamaño del efecto, fue significativamente positivo en los estudios que solo incluyeron mujeres ( $r = .14$ ,  $p < .001$ ) en comparación con estudios que solo incluyeron hombres ( $r = -.07$ ,  $p = .25$ ), igualmente, se asoció positivamente con la iniciación sexual temprana ( $r = .13$ , IC 95%, [.05 -.21]), donde el tamaño del efecto medio fue significativo solo en los estudios que incluyeron solo mujeres ( $r = .18$ ,  $p < .01$ ). Es por tanto que se puede inferir que un nivel alto de aculturación se asocia a diversos factores de riesgo que pueden desarrollar el VIH.

Haderxhanaj, Rhodes, Romaguera, Bloom, y Leichter (2015) en un estudio, cuyo objetivo fue examinar los comportamientos sexuales de riesgo y factores protectores de hombres hispanos basados desde la aculturación, reportan que de 10,403 hombres entrevistados de los 18 a los 44 años, los hombres hispanos inmigrantes que con múltiples parejas sexuales vaginales fue de 23,6%, en comparación con el 30,7% para los nativos americanos ( $p < .001$ ). No se reporta la presencia de diferencias significativas entre los grupos de aculturación (15%–18,3%) para tener uno o más parejas sexuales en los últimos 12 meses. La edad se asoció significativamente con el comportamiento, por lo que los hombres más jóvenes reportaron mayor riesgo sexual que los hombres mayores ( $p < .001$ ) se considera que la aculturación es de gran relevancia para la adaptación de la población y por tanto para el acceso a elementos de prevención de VIH.

Finalmente Shedlin, Decena, y Oliver-Velez (2005), en un estudio de tipo cualitativo enfocado a describir el proceso inicial de aculturación en migrantes latinos en Estados Unidos, reportaron que la consideración de elementos como educación y nivel socioeconómico es fundamental para favorecer los procesos de adaptación ya que estos

pueden tener fuertes relaciones con acciones como el consumo de drogas y conductas sexuales que puedan poner en riesgo a la persona migrantes y a su pareja sexual.

*Síntesis de Estudios Relacionados.*

Según la literatura, si el migrante presenta niveles extremos de aculturación, se logra potenciar la realización de conductas de riesgo sexual, lo que lo pone en una gran vulnerabilidad ante la infección de VIH, esto asociado al desconocimiento o a la experiencia de las reglas sociales culturales de la sociedad al que se inserta.

***Estigma hacia el VIH.*** Grieb, Shah, Flores-Miller, Zelaya, y Page (2017), en el desarrollo de estudio con 312 migrantes hispanohablantes en Estados Unidos, plantearon como objetivo, caracterizar el estigma relacionado al VIH. El instrumento usado reporta la utilización de seis ítems avalados por la ONUSIDA ( $\alpha = 0.58$ ). De los participantes, los hombres tenían 3,4 veces más probabilidades de informar cuatro o más creencias de estigmatización ( $OR = 3.41$ ,  $IC\ 95\%: 1.94, 5.99$ ;  $p < .001$ ), entre las que se destaca la creencia sobre que los niños que con VIH no deberían asistir a la escuela con otros, esto según encuestados con menor educación ( $AOR = 2.30$ ,  $IC\ 95\%: 1.39, 3.81$ ;  $p < .001$ ). Por otra parte, se reporta que los hombres tienen el doble de probabilidad de creer que las personas se infectan con el VIH porque se comportan de manera irresponsable ( $AOR = 2.24$ ,  $IC\ 95\%: 1.28, 3.91$ ;  $p < .006$ ).

Rios-Ellis, et al. (2015) en un estudio de intervención, plantearon como objetivo disminuir el estigma hacia el VIH/sida, y aumentar el conocimiento y la percepción del riesgo sobre el VIH, en una muestra de 579 migrantes latinos; reportan la disminución del estigma ( $2.5; 2.2$ ;  $t = 11.2$ ,  $p < .001$ ), además del aumento significativo de puntajes sobre el conocimiento del VIH, ( $6.0; .7.1$ ;  $t = -15.8$ ,  $p < .001$ ), del mismo modo, existe un aumento en la percepción del riesgo de VIH ( $3.7; 3.9$ ;  $t = -2.8$ ,  $p < .006$ ) y la disposición de comunicarse sobre el VIH/sida ( $4.0; 4.2$ ;  $t = -3.8$ ,  $p < .001$ ). El análisis por género, refiere que las mujeres presentaron mayor disminución de puntuaciones hacia el estigma en comparación con los hombres ( $-0.4; -0.2$ ,  $t = -2.4$ ,  $p < .016$ ).

Derose, Kanouse, et al. (2016), en el desarrollo de una intervención con mediciones pre-test y post-test, plantearon reducir el estigma en afroamericanos y migrantes latinos dentro de congregaciones religiosas en Estados Unidos. Se hizo referencia al uso sub-escalas, que abordaron temas como “malestar, vergüenza, culpa y rechazo” para medir el estigma hacia el VIH, que, en total, llegan a los 12 reactivos, los cuales en su conjunto refieren un alfa de Cronbach de 0.88. Se reporta que, la iglesia latina, presentó una disminución en estigma ( $TE = -0.16$ ,  $CI\ 95\%$ ;  $[-0.25, -0.06]$ ), así mismo una disminución en la desconfianza del VIH, ( $TE = -.15$ ,  $95\%\ CI$ ;  $[-0.24, -0.05]$ ) mayor que en la iglesia bautista afroamericana.

Mihan, Kerr, y Maticka-Tyndale (2016), desarrollaron un estudio como el objetivo explorar los factores que influyen en el estigma asociado con el VIH entre migrante africanos, caribeños o afrodescendientes de 16 a 25 años que viven en Canadá, por medio del desarrolló un modelo analítico de la trayectoria de las influencias sobre el estigma relacionado con el VIH. La muestra fue de 543 jóvenes solteros, de los cuales se destaca que los africanos musulmanes, tenían puntajes de estigma más altos en comparación con otros grupos etnoreligiosos, ( $\beta = -.137$ ;  $p < .05$ ); se menciona que el tiempo de residencia, influye en nivel de estigma, ( $\beta = -.153$ ;  $p < .01$ ). En lo correspondiente al género, se establece que las mujeres demostraron mayor conocimiento que los hombres ( $\beta = -.71$ ;  $p < .01$ ); finalmente, reportan que el conocimiento sobre VIH tuvo mayor influencia en la presencia del estigma ( $\beta = -.277$ ;  $p < .001$ ).

#### *Síntesis de estudios relacionados.*

La evidencia muestra que el abordaje dirigido a la disminución o prevención del estigma asociado al VIH, es posible por medio de intervenciones que consideren los elementos sociales y culturales. Tanto hombres como mujeres, son propensos al estigma, situación que puede verse reflejada incluso, en el no acercamiento a los servicios de salud, esto derivado por temor o miedo a ser portador de la infección.

### **Factores conductuales.**

**Uso de condón.** Mihan, Kerr, y Maticka-Tyndale (2016), reportan un estudio sobre el uso de condón en población africana, caribeña y afrodescendiente residente en Canadá. De las 125 personas participantes, el 53% reporta no haber usado condón durante las relaciones sexuales del último año, mientras que el 32% prefiere usarlo en algunas ocasiones, para finalmente evidenciar que solo el 15.5% utilizó el condón en todas las relaciones sexuales. En la estimación de prevalencia ponderada, considerando las tres frecuencias, se reporta que para “nunca” un 58.9% (*IC* 95%; 45.1, 71.5). En la correlación con las variables, se establece que el uso del condón se relaciona significativamente con el género ( $p < .05$ ), estado de pobreza ( $p < .001$ ), estado de inmigración ( $p < .001$ ), la cantidad de tiempo que pasa en Canadá ( $p < .001$ ), y situación laboral ( $p < .001$ ), en los análisis de regresión multivalente, se evidencia que, en el aumento de la edad en los miembros de la población, por cada cinco años, disminuye el uso del condón ( $OR = 0.78$ , *IC* 95% 0.66, 0.91).

Dias, Marques, Gama y Martins (2014) en Portugal, desarrollaron un proyecto, en el cual se analizan los comportamientos sexuales de riesgo en migrantes en Lisboa. En este, se hace la medición del uso de condón, en una población de 1,187 personas; en el que se reporta que el uso de condón con pareja frecuente en los últimos 12 meses es inconsistente entre el 33.1% de los migrantes, principalmente en hombres 44.8%; además que, se identifica que el 73% de las mujeres y el 54.2% de los hombres no usaron condón en su relación sexual más reciente. En la asociación, se establece que no fue menos probable el uso de condones entre aquellos migrantes que solo tenían parejas sexuales ocasionales ( $OR = .10$ , *IC* 95%: [0.05–0.20]), en comparación con las parejas sexuales regulares y ocasionales ( $OR = 0.43$ , *IC* 95%: [0.25–0.75]).

González, Rodríguez, y Lomas (2013) reportaron un estudio realizado a migrantes latinos que radican en Sevilla, cuyo objetivo fue describir la caracterización sexual y reproductiva de esta población, haciendo uso del Cuestionario del Sistema de

Vigilancia de Factores de Riesgo asociados al comportamiento, desarrollado por el Centro para la Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos, en un total de 190 migrantes adultos. De estos, solo el 79,8% tiene vida sexual activa donde solo el 43%, reporta el uso del preservativo masculino, mientras que el 66,2%, manifiesta su uso en cada relación sexual. De manera relevante, se presenta una diferencia significativa ( $X^2$  de Pearson,  $p = .05$ ) por sexo en cuanto a la frecuencia de declarar una infección de transmisión sexual, mayor en hombres que en mujeres.

Un estudio más dirigido por Sastre, Sanchez, y De la Rosa (2015) de tipo longitudinal y prospectivo, desarrollado para identificar los cambios en el comportamiento de riesgo hacia el VIH en latinos recién llegados a Estados Unidos, reportan que en una muestra de 527 migrantes, se asocia, que antes de la migración, las personas con menor edad usaban con mayor frecuencia el condón ( $X^2 = -.21$ ,  $p < .01$ ). Sin embargo, esta situación cambia al emigrar a los Estados Unidos, donde se reporta un decremento en el uso del condón. Se indica que los migrantes que refieren estar casados, reportan un menor uso del condón, en comparación con los migrantes solteros en todas las mediciones (T1,  $r = -.17$ ,  $p < .001$ ; T2,  $r = -.35$ ,  $p < .001$ ; y T3,  $r = -.17$ ,  $p < .01$ ); del mismo modo, se reporta un mayor uso de condón en migrantes no documentados, en las dos últimas mediciones (T2  $r = -.12$ ,  $p < .01$  y T3  $r = -.15$ ,  $p < .01$ ).

#### *Síntesis de estudios relacionados.*

De forma general la literatura reporta que una vez que la persona migrante se encuentra en las poblaciones destino, el uso del condón disminuye, lo que implica que existen mayores probabilidades de adquirir infecciones de transmisión sexual. Un factor importante para el uso consistente, es la presencia de una pareja sexual, es decir, que, con una pareja sexual frecuente, el reporte de uso de condón disminuye.

#### **Estudios relacionados de intervenciones dirigidas a la reducción de riesgo.**

Villarruel, Jemmott III, y Jemmott (2006), desarrollaron un estudio controlado aleatorizado, en 553 personas migrantes adolescentes latinos, en una intervención de dos



días con seguimiento de 3, 6 y 12 meses, en el que se utilizan estrategias de entrega como debates, videos, ejercicios de interacción y desarrollo de habilidades, dentro de las medidas de resultado utilizadas, se encuentran auto informes de actividad sexual y uso de condón. Dicho estudio reporta que posterior a su intervención, se presentaron aumento en el uso de condón (*OR*, 1.91, *IC* 95%, [1.24-2.93]), además de menos probabilidades de que los adolescentes informen tener relaciones sexuales en los últimos tres meses (*OR*, 0.66, *IC* 95%, [0.46-0.96]), aunado a esto, reportan igualmente menos probabilidades de múltiples parejas sexuales en comparación con el grupo control (*OR*, 0.53, *IC* del 95%, [0.31 a 0.90]) y menos probabilidades de reportar el tener relaciones sexuales sin protección (*OR*, 0.47, *IC* 95%, [0.26. 0.84]).

Koniak-Griffin, Lesser, Takayanagi y Cumberland (2011), dirigieron un estudio controlado aleatorizado dirigido padres jóvenes latinos, que se sustentó en seis sesiones con un tiempo total de 12 horas, y en el que se planteaba como eje la protección de la familia para promover comportamientos sexuales más seguros. Se utilizaron pares evaluadores que desarrollaron estrategias de discusión en grupos pequeños, sobre actitudes y creencias sobre el VIH, juegos, ejercicios de lecto-escritura y entrenamiento para el desarrollo de habilidades. Se abordaron temas sobre sexualidad, roles de género y violencia en las relaciones. En el caso del grupo control se desarrolló una sesión habitual sobre la transmisión del VIH por facilitadores diferentes al grupo intervención.

Dentro de los resultados reportados se informa, que existe la disminución en la frecuencia de tener relaciones sexuales sin protección en el seguimiento a seis meses (*OR* = 0.87, *IC* 95%, [0.82-0.93]  $p < .001$ ), un incremento en la intención de usar condones a los 6 meses (*OR* = 0.20, *CI* 95%, [0.04-0.37]); y de igual manera, se informa un aumento en el conocimiento sobre el VIH/sida, (*OR* = 0.57, *IC* 95%, [0.47-0.67]).

Rhodes, et al. (2011), en un estudio dirigido a hombres migrantes latinos, y con una estructura de cuatro módulos educativos, reporta dentro de la estructura de una intervención, el uso de estrategias como juegos de roles, discusiones en grupo y

desarrollo de habilidades que tenía como finalidad medir variables como aculturación, conocimiento de la transmisión y prevención del VIH, dominio, actitud del rol masculino, autoeficacia para el uso del condón y las expectativas de resultado sobre el mismo. Como resultados de la intervención, se presenta un mayor uso de condón durante los últimos tres meses ( $OR = 3.52$ ;  $CI\ 95\% [1.29-9.63]$ ;  $p < .01$ ), además del aumento en el uso de la prueba rápida de VIH, durante los últimos doce meses en comparación con el grupo control ( $OR = 18.3$ ,  $IC\ 95\% [3.59-92.9]$ ;  $p < .001$ ).

Por su parte Wingood, et al. (2011), trabajaron en un estudio controlado aleatorizado, realizado a mujeres migrantes latinas, donde se reporta el desarrollo de grupos focales para explorar factores de riesgo al VIH, lo que derivó en una adaptación congruente a la situación de la comunidad. Se destaca el uso de la reflexión y la lectura crítica, videos informativos, así como la discusión de las normas sociales, personales y estrategias de reducción de riesgo de VIH. Se establecieron seguimiento a los tres y seis meses. Dentro de las medidas de resultados reportadas se destacan el uso del condón, medición de normas culturales (machismo y el marianismo), conocimiento sobre VIH, barreras percibidas, autoeficacia a la negociación del sexo seguro, sentimientos de poder en las relaciones y la autoeficacia del uso del condón.

Los resultados establecen el aumento en el uso del condón durante los últimos 90 días ( $OR = 4.81$ ;  $p < .001$ ), también el aumento en la autoeficacia para negociar relaciones sexuales más seguras ( $p < .001$ ), mayores sentimientos de poder en las relaciones ( $p < .01$ ), mayor autoeficacia para usar condones ( $p < .001$ ), mayor conocimiento del VIH ( $p < .001$ ), finalmente, el desarrollo de la intervención reporta reducción de barreras percibidas para usar condones ( $p < .001$ ).

En este mismo sentido, Peragallo, Gonzalez-Guarda, McCabe y Cianelli (2012) refieren la aplicación de una intervención realizada en mujeres migrantes, en la que se plantean mediciones basales y a los tres, seis y doce meses. La estructura de la intervención está basada en cinco sesiones de dos horas cada una y dirigida a pequeños

grupos. Dentro de las variables abordadas, se destacan el uso de condón, la violencia en pareja, riesgo percibido de VIH, autoeficacia para la prevención de VIH/sida, conocimiento sobre VIH, normas de parejas sexuales, barreras percibidas e intención para el uso de condón. Las estrategias utilizadas dentro del trabajo de la intervención, fueron juegos de roles, sesiones participativas, videos y debates para desarrollar habilidades.

Dicho estudio reporta, en el seguimiento posterior a la intervención, el aumento significativo del uso de condón ( $\beta = 0.18$ ,  $SE = 0.06$ ,  $p < .001$ , IC 95% [0.08, 0.19]), un aumento en la población de estudio de la variable de conocimiento sobre VIH/sida ( $\beta = -0.14$ ,  $SE = 0.05$ ,  $p < .01$ , IC 95% [-0.23, -0.05]), además de una interacción significativa entre la participación de la intervención y la reducción de la violencia de la pareja, ( $\beta = -0.17$ ,  $SE = 0.06$ ,  $p < .01$ , IC 95% [-0.29, -0.05]). A pesar de las modificaciones relevantes, el estudio reporta no presentar diferencias en las mediciones de riesgo percibido de VIH, ( $\beta = -0.01$ ,  $SE = 0.02$ ,  $p = .51$ , IC 95% [-0.05, 0.03]) y en la autoeficacia para la prevención, ( $\beta = 0.21$ ,  $SE = 0.21$ ,  $p = .30$ , IC 95% [-0.19, 0.62]).

Finalmente, Malow et al. (2009) realiza una intervención cognitivo conductual dirigida a 246 adolescentes haitianos, diseñada para la reducción de riesgo de VIH en ocho sesiones de 90 minutos, donde se abordaron variables como el conocimiento sobre VIH, actitud hacia el uso del condón, intención de usar condón, autoeficacia de sexo seguro y evaluación de la habilidad del uso del condón. Las estrategias para la entrega son: práctica en las habilidades de rechazo y de comunicación, con posibles parejas sexuales y el uso de juego de roles en situaciones de riesgo. Esta intervención, modifica significativamente el aumento en el nivel de conocimiento sobre el VIH ( $p < .05$ ), una mayor intención de usar condón ( $p < .01$ ), una mayor autoeficacia, para el uso del preservativo ( $p < .001$ ), y una mejora en la actitud del uso de condón ( $p < .001$ ). Se destaca una mejora significativa en el seguimiento a cuatro semanas sobre el uso del condón ( $p < .001$ ).

### *Síntesis de intervenciones relacionadas.*

En las intervenciones previas, se consideran la importancia los elementos culturales para la mejora del impacto de la intervención; sobresale el uso de estructuras entre las 4 y las 8 sesiones, donde los tiempos por sesión están alrededor de los 90 minutos; se destaca el uso de actividades que implican la participación directa del individuo en la construcción del conocimiento.

## **Objetivos**

### **Objetivo General.**

Adaptar culturalmente la intervención “HoMBReS” para incrementar el uso del condón en migrantes haitianos en México.

### **Objetivos Específicos.**

Identificar las percepciones y creencias sobre el uso del condón y el VIH de los migrantes haitianos en México.

Evaluar las diferencias entre las mediciones pretest- posttest de la intervención “HoMBReS”, adaptada culturalmente para incrementar el uso del condón en migrantes haitianos en México.

Evaluar la aceptabilidad del estudio piloto de la intervención “HoMBReS”, adaptada culturalmente para el aumento del uso de condón en migrantes haitianos en México.

Evaluar la factibilidad del estudio piloto de la intervención “HoMBReS”, adaptada culturalmente para el aumento del uso de condón en migrantes haitianos en México.

## **Hipótesis**

H<sub>1</sub> Los migrantes haitianos que participen en el estudio, reportan una inmersión en la sociedad dominante, al finalizar la intervención.

H<sub>2</sub> Los migrantes haitianos que participen en el estudio, presentan un incremento en la media reportada sobre las actitudes masculinas en uso del condón, al finalizar la intervención.

H<sub>3</sub> Los migrantes haitianos que participen en el estudio, reportan un incremento en la media sobre la autoeficacia en el uso del condón, al finalizar la intervención.

H<sub>4</sub> Los migrantes haitianos que participen en el estudio presentan un incremento en la media reportada en el conocimiento sobre el VIH al finalizar la intervención.

H<sub>5</sub> Los migrantes haitianos que participen en el estudio, reportan un decremento en la media sobre el estigma hacia el VIH, al finalizar la intervención.

H<sub>6</sub>. Los migrantes haitianos que participen en el estudio, reportan un incremento en el uso del condón en todos los encuentros sexuales, al finalizar la intervención.

### **Definición de Términos**

**Factibilidad.** Posibilidad de cumplir con la intervención en un porcentaje mínimo del 80%. Para este fin se evaluaron los siguientes elementos: acceso y reclutamiento de los participantes, tasas de participación, asistencia, barreras en reclutamiento y entrega y motivos de inasistencia y deserción.

**Aceptabilidad.** Aceptación de las características y estructura de la intervención. La evaluación de la aceptabilidad se realizó por medio de un instrumento, elaborado por Domínguez-Chávez (2019).

**Edad del migrante.** Se entiende como el número de años cumplidos al momento de la recolección de la información, medida a través de la cédula de datos sociodemográficos.

**Sexo del migrante.** Género al que pertenece la persona participante. Medida a través de la cédula de datos sociodemográficos.

**La Actitud masculina ante el uso del condón.** Posicionamiento personal, con base en el conocimiento y sentimiento previos, ante el uso del condón en las relaciones

sexuales; esta variable se midió con la Multi-Factor Attitude toward Condoms Scale (Reece, Herbenick, Hollub, Hensel, & Middlestadt, 2010).

**Autoeficacia en el uso del condón.** Capacidad percibida para adquirir y utilizar de forma correcta el condón en todas las relaciones sexuales. El indicador empírico con el que se medido es el instrumento Condom use self-efficacy (Brafford & Beck, 1991).

**Conocimiento sobre VIH-ITS.** Es el grado de información con respecto del VIH, que se utiliza para la prevención de CSR, fue medido con la Escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (Espada, Guillén-Riquelme, Morales, Orgilés, & Sierra, 2014).

**Aculturación.** Es el proceso por el cual la persona migrante (cultura dominada) incorpora su cosmovisión (idioma, costumbres o creencia) a la vida social y funcional de las personas y del entorno al que llega (cultura dominante), es decir, desarrolla un proceso de adaptación al nuevo escenario (Pérez-Brignoli, 2017); este concepto fue medido con la escala de Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS) (Stephenson, 2000).

**Inmersión en la Sociedad Étnica.** Nivel de apego a la sociedad de origen de la persona migrante, al ser evaluada en un contexto cultural diferente.

**Inmersión en la Sociedad dominante.** Nivel de apego a la sociedad receptora de la persona migrante al ser evaluada en ese mismo contexto.

**Estigma hacia el VIH.** Es definido como las creencias, sentimientos y actitudes negativas hacia la enfermedad y hacia las personas portadoras del VIH/sida, medido por el AIDS-Related Stigma Scale.

**Uso de condón.** Se define como el uso sistemático y consistente del condón externo, durante el sexo vaginal, oral o anal, con todas las parejas sexuales, en cada encuentro sexual en un periodo de tiempo ente los últimos 3, 6 o 12 meses; el cual es medido por la Escala de uso de condón (Milhausen et al., 2007).

## **Capítulo II**

### **Metodología**

En este capítulo se presenta el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, criterios de selección de la población, y las estrategias de reclutamiento, selección y preparación. También, se describe la estructura del proceso de adaptación de intervención, la estructura de la intervención adaptada y los criterios de fidelidad y estandarización de la intervención; todo esto seguido por el apartado de instrumentos, consideraciones éticas y el plan de análisis estadístico.

#### **Diseño del Estudio**

Estudio piloto con diseño cuasi experimental de serie de tiempo interrumpido simple (Burns & Grove, 2004) para evaluar la aceptabilidad, factibilidad y del estudio piloto de la intervención “HoMBReS”, adaptada culturalmente para el aumento del uso de condón en migrantes haitianos en México (Gitlin & Czaja, 2016). Este diseño es característico por que se realiza la medición de una o varias variables en un grupo antes y después de la exposición al tratamiento.

#### **Población, Muestreo y Muestra**

La población de estudio estuvo compuesta por migrantes haitianos, mayores de 18 años de edad, que radicaron en la frontera norte de la ciudad de Mexicali al momento de la realización del estudio. El muestreo, se estableció como intencional y por conveniencia, y el tamaño de la muestra, se determinó con el programa G Power, versión 3.1.9.7, en el cual se realizó el cálculo para un solo grupo (comparación pretest y posttest) y tomando como referencia los siguientes parámetros: tamaño de efecto de 0.5, poder estadístico en 0.85 (probabilidad para detectar como estadísticamente significativas diferencias o asociaciones de una magnitud determinada); y un nivel de confianza del 95%. Dadas las características de la población y basados en la literatura previa, se estableció un porcentaje de pérdida del 25%, por lo que el cálculo para el número de muestra que se obtuvo fue de 39 participantes.

### **Criterios de Inclusión**

Se incorporaron al estudio piloto, migrantes haitianos, hombres, mayores de 18 años, que tengan al menos un año de estar domiciliados en algún lugar dentro de México y que radicarán al momento del estudio en la ciudad de Mexicali, Baja California.

### **Criterios de Exclusión**

Migrantes haitianos que refirieron haber participado en otras intervenciones sobre aumento de uso de condón, lo cual, se verificó por medio del proceso de Cribado, a través de la pregunta filtro: ¿ha participado en alguna otra capacitación sobre VIH anteriormente?, dicha pregunta se realizó durante el proceso de reclutamiento, lo anterior permitió definir la participación en el estudio.

### **Criterios de Eliminación**

Se eliminaron a los participantes que durante el estudio no asistieron a la sesión número dos de la intervención, ya que esta implicaba, el entrenamiento sobre el uso del condón; además se eliminaron también a los que no completaron el 80% de la asistencia.

### **Estrategias de Reclutamiento, Selección y Participación**

Se contó con la aprobación de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se inició el proceso de solicitud de permisos, por medio del acercamiento con los líderes de la comunidad, a quienes se solicitó autorización para colocar carteles y entregar volantes.

El reclutamiento de los migrantes haitianos, se realizó por medio del contacto en restaurantes, barberías, parques; para este fin, se colocaron mesas de reclutamiento en puntos de reunión, para lograr la confianza entre los participantes. Se solicitó apoyo a las diversas instituciones sociales que desarrollan trabajo con la comunidad, para lograr una mayor participación de los miembros de la misma. A las personas interesadas, se les explicó el objetivo de su participación en la intervención y los beneficios de la misma, una vez que el participante aceptó su incorporación, se le explicó a detalle el



consentimiento informado, y se solicitó su firma, una vez firmado, se pidió al participante facilitara información de contacto como: dirección, teléfono del domicilio y/o número celular, correo electrónico y contactos cercanos del participante, para poder dar seguimiento a su participación.

Al considerarse población vulnerable, se esperaba que existieran barreras en el reclutamiento, de forma que, se previó que, para las dificultades de movilidad, la intervención se pudiera realizar en áreas de fácil acceso a la comunidad, Otra barrera estimada, fue el idioma, por lo que la información que se entregó se difundió en español y en criollo (idioma de la comunidad haitiana). Se hicieron recordatorios para los participantes que se reclutaron, los cuales se realizaron por medio del informante clave en la comunidad. De igual forma, se entregó una compensación económica para aquellas personas que finalizaron la intervención.

Las razones para la salida de los participantes, fueron la ausencia a la segunda sesión, cuando no se cumplió con la asistencia a dos sesiones continuas y cuando existió omisión de los principios éticos establecidos. Con la intención de mantener a la población dentro del estudio, se realizaron: pláticas motivacionales, y la colocación de elementos de cafetería al finalizar cada sesión.

### **Descripción del Programa de Intervención**

La intervención a la cual se realizó la adaptación es llamada “Hombres Manteniendo Bienestar y Relaciones Saludables” (HoMBReS) (Rhodes et al., 2011), esta es reconocida como una intervención cognitivo-conductual efectiva, por el Compendio de Intervenciones Basadas en la Evidencia y Mejores Prácticas para la Reducción del Riesgo de Infección del VIH, del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en Estados Unidos. Se destaca, por retomar la Teoría Social Cognitiva, particularmente el Modelo de Reciprocidad Trídica (Bandura, 1986) y por plantearse como conducta a modificar, el aumento del uso del condón en la población

migrante. La intervención “HoMBReS” fue diseñada en inglés y desarrollada en español para poblaciones latinas que habitaban en Carolina del Norte, en Estados Unidos.

**Adquisición.** Se realizó la compra de la intervención por medio de Sociometrics, la cual, al adquirirla, da los derechos para su aplicación y adaptación. El producto contiene todos los elementos necesarios para su aplicación: guía de usuario, manual de facilitador, videos, materiales para impresión, formularios, rúbricas, entre otros.

### **Proceso de Adaptación de la Intervención**

La adaptación cultural, es definida como un proceso por el cual se realizan los ajustes necesarios para que un programa pueda ser dirigido a una población en particular, lo que implica el desarrollo de un proceso sistemático para la identificación de esos elementos y estrategias (Gitlin & Czaja, 2016). Para la adaptación de la intervención, se utilizó el Modelo de Adaptación de McKleroy et al. (2006), el cual se estructura en una serie de tres etapas (cinco pasos). Los cuales se describen a continuación.

**Paso 1. Valoración.** McKleroy et al. (2006), refieren que la etapa valoración es un proceso que permite comprender las necesidades del grupos a abordar; con base en esto, se planteó realizar un acercamiento a mayor profundidad, que permitiera una adaptación cultural de la intervención, sustentada en una sólida competencia cultural de la población haitiana migrante. Es así que se buscó conocer y comprender la forma en que dicha población, perciben el fenómeno del VIH y el uso del condón, e identificar, la pertinencia de los componentes de la intervención.

Para lograrlo, se realizó un sub-estudio de tipo cualitativo, guiado por el Modelo de Competencias Culturales (Purnell & Paulanka, 2005), en el que se abordaron los 12 dominios propuestos por el autor y cuya metodología se describe a continuación:

### ***Metodología del Proceso Cualitativo.***

*Diseño.* Estudio de tipo cualitativo que busco conocer y comprender la forma en que los migrantes haitianos percibían el fenómeno del VIH y el uso del condón, así como para determinar la pertinencia de los componentes de la intervención.

*Población, muestreo y muestra.* La población objetivo fue la población de migrantes haitianos que vivieran en Mexicali BC. Se estableció un muestro intencional y por conveniencia, el tamaño de la muestra se asoció a la consideración, de contar con material suficiente para iniciar un proceso solido de categorización y llegar así a la saturación de los datos (Martínez, 2007).

*Criterios de inclusión.* Se consideraron migrantes haitianos, hombres mayores de 18 años, que tengan al menos un año de estar domiciliados en algún lugar dentro de México y que radicaron en la ciudad de Mexicali, Baja California.

*Criterios de exclusión.* Migrantes haitianos que refieran haber participado durante el último año en alguna intervención o curso sobre prevención de VIH.

*Estrategia de recolección de la información.* Se abordó a los migrantes haitianos en sitios de reunión (barberías, lugares de trabajo de comercio informal y en las instalaciones de una organización de apoyo no gubernamental), se explicó el objetivo del estudio, preguntando su deseo de participar, todo lo anterior se hizo siguiendo protocolos de sana distancia, así como por el uso de equipo de protección personal tanto del entrevistado como del entrevistador. Para aquellos que aceptaron, se solicitó a cada uno la aprobación verbal del consentimiento informado, esto dado por las recomendaciones emitidas por la Secretaría de Salud en México, derivado de la contingencia por COVID (Apéndice D).

Para la recolección de la información se diseñó una guía de entrevista semi-estructurada (Apéndice E), basada en los elementos del modelo de Competencia Cultural; la duración de la entrevista se planteó a tiempo indeterminado; la información se resguardo por medio de una grabadora y de un cuaderno de notas. Se otorgó una

compensación económica de 10 dólares americanos, por el tiempo otorgado a cada uno de los participantes.

Las grabaciones fueron transcritas en un procesador de texto de forma manual y analizadas, por medio del programa “Nvivo” versión 12; por lo que se realizó una codificación y análisis por medio del examen microscópico de los datos (análisis, línea por línea). De la información recolectada sobre el fenómeno, se realizó una codificación y agrupación de los datos, lo que permitió el desarrollo de un proceso de categorización, que culminó con la teorización sobre las ideas y construcciones del VIH y el uso del condón, además se logró, realizar los ajustes necesarios a la intervención. Los resultados al respecto, se presentan en la primera sección de resultados.

**Paso 2. Selección.** Con base en la información obtenida del análisis de las entrevistas se realizó la orientación y selección de los temas y actividades pertinentes y adecuadas que modifiquen las actividades de la intervención general, sustentadas estas en las creencias, preferencias y percepciones de los participantes del estudio.

**Paso 3. Preparación.** Este apartado implicó, la organización de las modificaciones, las cuales se aplicaron en la estructura de la intervención, especialmente en la eliminación de variables a medir, la adaptación de materiales y tiempos de las sesiones y el cambio en el espacio físico donde se llevó a cabo la intervención.

**Paso 4. Prueba piloto de la adaptación.** Para evaluar el funcionamiento de las modificaciones realizadas, se aplicó el presente estudio piloto; esto se consideró necesario para realizar la evaluación de los cambios realizados y de esta forma realizar el análisis de aceptabilidad y factibilidad. El desarrollo del estudio se realizó en las instalaciones de una iglesia cristiana, ubicada en la zona centro de la ciudad de Mexicali, la cual se acondicionó con los requerimientos necesarios para la impartición de las sesiones. El tamaño de los grupos se planteó, fuera de 10 a 15 personas (grupos pequeños), lo que permitirá un mayor control y desarrollo. Para evitar la contaminación

entre grupos y la presencia de sesgo, se desarrolló la capacitación completa de cada uno de los grupos, no iniciando uno nuevo hasta no concluir el anterior.

No se consideró la aplicación del paso 5 del modelo de adaptación, esto dado, a que dicho paso, implica el desarrollo de una intervención completa y evaluada, en el marco de un estudio controlado aleatorizado.

### **Retroalimentación en el proceso de la adaptación**

Se realizó el análisis y seguimiento de observaciones registradas por el investigador principal, con la intención de realizar adecuaciones y modificaciones pertinentes que mejoren el desarrollo de la intervención.

### **Estructura de la Intervención Adaptada**

La primera propuesta de la intervención, se planteó en lo establecido en la intervención HoMBReS, sin sustento de los elementos culturales de los migrantes haitianos, esta consistía en seis sesiones: una visita inicial para la aplicación pre-test, cuatro sesiones de 90 minutos cada una, (la última de estas incluye aplicación de post-test), y una sesión de seguimiento al mes para la medición de las variables.

Sin embargo, derivado de la situación de COVID-19 y considerando los resultados de la valoración en el proceso de adaptación, se realizaron modificaciones, sobre los siguientes temas: uso del condón, conocimientos sobre VIH, acceso a servicios de salud, construcciones sobre la situación de Haití, experiencias sobre el viaje, autopercepción del migrante haitiano, y finalmente características sobre la propuesta de la estructura de la intervención. Es así que la estructura de la intervención adaptada se presenta con el siguiente formato:

1. La administración de la intervención adaptada culturalmente, fue dada por el investigador principal del estudio.
2. La intervención estará constituida por tres sesiones de 90 minutos cada una y las cuales se describen a continuación (Apéndice A y B).

- a) En la sesión uno, se realizó la medición pre-test, el desarrollo de la introducción a la intervención, la descripción de la problemática sobre las infecciones de transmisión sexual, particularmente la asociada al VIH (variable de conocimiento sobre VIH).
  - b) En la sesión 2, se abordaron los mitos y realidades sobre el VIH, mecanismos de prevención y reducción de riesgo, y la práctica de colocación de condón (actitudes, autoeficacia uso del condón y habilidad del uso del condón).
  - c) En la sesión 3, se desarrollaron los temas sobre las influencias de los contextos sociales en relación con la salud sexual (variable de Aculturación), y se profundizó en la experiencia de vida de personas con VIH (variable de estigma hacia el VIH). Como sesión de cierre se aplicó la medición post test de la intervención.
3. Dado que los migrantes haitianos refieren tener conocimientos del idioma español, la aplicación del instrumento se realizó en este idioma.
  4. Para la entrega de la intervención, se consideraron: factores económicos, condición de vulnerabilidad, estado migratorio y las diferencias culturales. De tal forma que se determinó que la intervención fuera en formato presencial, con las medidas necesarias para la prevención de la infección por el virus SARS-COV2.

### **Criterios para la Estandarización de la Intervención**

La estandarización se realizó durante la aplicación de toda la intervención, buscando controlar el ambiente de aplicación durante el transcurso de las sesiones, lo que se logró desarrollándola en un espacio adecuado, higiénico, confortable y libre de distractores. De igual manera, se desarrolló en grupos con número máximo de quince personas. Para evitar discrepancias en la aplicación de la intervención.

Durante la aplicación de la intervención se realizó un monitoreo de las actividades, durante y posterior a cada sesión, en la cual, se llevó el registro de las dificultades y aciertos de la entrega de la intervención, el cual tendrá como fin, realizar

correcciones, modificación a las acciones realizadas. De forma general el monitoreo de la fidelidad siguió lo establecido en el plan de fidelidad (Tabla 1).

Tabla 1

*Plan General de Fidelidad*

<b>Dominio</b>	<b>Mejoras</b>	<b>Procedimientos de monitoreo</b>	<b>Medida</b>
Diseño del estudio	1. Elaboración de manual de facilitador, manual de apoyo de investigación y manual de investigación.		
	2. Capacitación de personal de apoyo		
Preparación	1. Uso de un manual de facilitador	Registro y evaluación de actividades	
Entrega	1. Carpeta de registro de observaciones	Observación directa de las sesiones Evaluaciones en cada sesión Informes de seguimiento semanales	Registro de contratiempos Grabación de sesiones Seguimiento de calidad de la satisfacción de los participantes
Recepción de la intervención	Replicación oral de los contenidos de la intervención		Registro de contratiempos

(Continúa)

Tabla 1

*Plan General de Fidelidad. Continuación*

<b>Dominio</b>	<b>Mejoras</b>	<b>Procedimientos de monitoreo</b>	<b>Medida</b>
			De ser posible grabación de sesiones
			Seguimiento de calidad de la satisfacción de los participantes.
Recepción de la intervención	1. Replicación oral o manual de los contenidos de la intervención.		Registro de contratiempos
			De ser posible grabación de sesiones
			Seguimiento de calidad de la satisfacción de los participantes
Mediciones posteriores	1. Aplicación de instrumentos.	Aplicación de instrumento de aceptabilidad	Instrumento de aceptabilidad

*Nota.* El plan de fidelidad busca el mayor apego disponible a la estructura planteada para la intervención.

**Instrumentos de Medición**

La recolección de la información se realizó de forma manual por medio de instrumentos auto-aplicables en papel, los cuales una vez contestados, fueron procesados



por el investigador principal. Se hizo uso de una computadora con procesadores de texto, además del uso del programa SPSS para Windows versión 22 para la creación de bases de datos. Dichos instrumentos de medición a aplicar, son los siguientes:

**Cédula de datos sociodemográficos.** Se midieron por una cédula especial de elaborada por el investigador principal, donde se recopila información como edad, años de migración, actividad laboral, número de países por los que ha migrado, nivel de escolaridad, religión, cohabitad y acceso a servicios de salud en México, (Apéndice F).

**Factibilidad.** Fue definida como la posibilidad de cumplir con la intervención en un porcentaje mínimo del 80%. Para este fin se evaluaron los siguientes elementos: acceso y reclutamiento de los participantes, tasas de participación, asistencia, barreras en reclutamiento y entrega y motivos de inasistencia y deserción (Apéndice G).

**Aceptabilidad.** La evaluación de la aceptabilidad se realizó por medio de un instrumento, elaborado por Domínguez-Chávez (2019) en el que se evaluarán los siguientes aspectos: satisfacción de las actividades realizadas, expectativas, tiempo y duración, barreras para la asistencia y desempeño del facilitador (Apéndice H).

**Actitud masculina ante el uso del condón.** Se midió a través de la Escala De Actitud Multifactorial Hacia Los Condones (Reece, Herbenick, Hollub, Hensel, & Middlestadt, 2010). Esta escala está diseñada originalmente en idioma inglés, y para su uso en español se utilizó el formato recomendado por Ortiz-Gutiérrez y Cruz-Avelar (2018). Dicha escala está compuesta por 14 ítems, cuyas respuestas se miden utilizando una escala diferencial semántica de 7 puntos. Un ejemplo solicita la descripción del condón como “No es efectivo para prevenir el embarazo”- “Efectivo para prevenir el embarazo”, la interpretación se realiza a través de la suma del resultado de todos los ítems, donde un número más bajo (0) indica una actitud más negativa y un valor más alto (98) una actitud más positiva. Se reporta un alfa de Cronbach total ( $\alpha = .816$ ). El análisis por sub-escala es el siguiente: Efectividad percibida [ $\alpha = .924$ ], Capacidad de administración, [ $\alpha = .744$ ], Afectiva [ $\alpha = .825$ ]). Al respecto de su validez, se menciona

que los tres componentes explicaron el 61,44% de la varianza 13 de 14 ítems, con carga factorial superior a 0.40, rango, 0.489-0.934) (Apéndice I).

**Autoeficacia del uso del condón.** Se hizo uso de la escala llamada Condom use self-efficacy (Brafford & Beck, 1991). Elaborada en idioma inglés, y validada al español por Hernández y López (2011); fue influenciada por la Teoría Cognitiva Social (Bandura, 1986), mide las expectativas sobre la propia capacidad de un individuo para realizar un comportamiento específico. La escala está compuesta por 28 ítems con formato de respuesta de 4 puntos, que va de muy en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Un ejemplo de pregunta es: “Me siento confiado en mi capacidad de ponerme un condón a mí o a mi pareja”. Dichas respuestas tienen un puntaje que va de 0 a 3 respectivamente, lo que da una puntuación de 0 a 84 puntos, a mayor puntaje, mayor nivel de autoeficacia en el uso del condón. El análisis de confiabilidad, reporta un alfa de Cronbach de .91, las correlaciones al respecto de la prueba test-retest, indican una relación entre ítems de .81. Esta escala, ha sido utilizada en estudios desarrollados a migrantes afrocaribeños, (n = 80) con un alfa de .89 (Apéndice J).

**Conocimiento sobre el VIH-ITS.** Fue medido por la Escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual de Espada, Guillén-Riquelme, Morales, Orgilés, y Sierra (2014). Este fue creado originalmente en español, con 24 ítems; reporta un Alpha de Cronbach de .88, y está compuesta por cinco componentes:

1. Transmisión del VIH. (Ítems: 5, 6, 7, 15 y 16).
2. Conocimiento de otras ITS. (Ítems: 19, 20, 21, 22, 23 y 24).
3. Conocimiento sobre VIH. (Ítems: 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10).
4. Conocimiento sobre preservativo. (Ítems: 13 y 14).
5. Conocimientos de prevención del VIH. (Ítems: 11, 12 y 17).

Los aciertos se distribuyen en la respuesta de “verdadero” con valor de 1 o “falso” con valor de 0 y al respecto de la respuesta “no lo sé” siempre será un error por lo que se le asigna un valor de 0. Los aciertos se muestran en los ítems de la siguiente

manera: Ítems verdaderos: 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 13, 14, 18 y 22. Ítems falsos: 5, 6, 7, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23 y 24. Un ejemplo de pregunta es: “El VIH se transmite a través del aire”. Considerando las puntuaciones, el conocimiento tendrá un resultado marcado en cinco aspectos: el primero considerado como alto, con un puntaje de 24 al 19; el segundo como medio-alto, con una puntuación de 18 a 14; el tercero como medio, con un puntaje de 13 a 9; el cuarto como medio-bajo, con un puntaje de 8 a 4 y finalmente el quinto, que es considerado como bajo, con un puntaje específico de 3 a 0.

En el análisis de confiabilidad por factores se reportó lo los siguientes datos: Conocimiento general del VIH:  $\alpha = 0.765$ ; factor de preservativo:  $\alpha = 0.656$ ; conocimiento sobre la transmisión del VIH:  $\alpha = 0.857$ ; prevención del VIH:  $\alpha = 0.706$  y conocimiento sobre otras infecciones de transmisión sexual:  $\alpha = 0.786$ . Otra prueba empleada fue el análisis test-retest obteniendo una correlación de 0.59 para el banco total de ítems, donde el porcentaje de varianza total explicada por estos cinco factores fue de un 46.2% (Apéndice K).

**Aculturación.** Fue medida por la Stephenson Multigroup Acculturation Scale, (SMAS) (Stephenson, 2000). La escala final, diseñada en idioma inglés y, aplicada y validada en español (Ertl et al., 2018), está compuesta de 32 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, a las cuales se les asigna un valor de 1 a 4 puntos y las cuales van de: falso, parcialmente falso, parcialmente verdadero a verdadero. Un ejemplo de pregunta es “Me mantengo en contacto cercano con familiares y parientes en mi país natal”. El documento se divide en dos apartados; el primero es la inmersión en la sociedad étnica (la sociedad de la que proviene) con variables que van del número 1 al 17 e 'inmersión en la sociedad dominante' (que describe el nivel de aculturación en la sociedad a la que se incorpora) con variables que van de la 18 a la 32. Cada una de estos dominios se tiene que promediar por separado, donde la interpretación implica, que un mayor puntaje en cualquier dimensión indica la adherencia a uno de los tipos de sociedad.

Esto implica que un mayor puntaje hacia el factor 1 refleja la tendencia hacia la sociedad de la que proviene (menor aculturación), y, por el contrario, y mayor puntaje hacia el factor 2, refleja una tendencia hacia la sociedad a la que se incorpora, (mayor aculturación). Stephenson (2000), reporto una confiabilidad medida por alfa de Cronbach de .86 forma global y por factores responde a .97 y .90 respectivamente. En el análisis factorial con rotación varimax, se reporta que los 32 ítems representan el 50.6% de la variación de escala, de forma particular, el factor 1 representó el 27,4% y el factor 2 el 23,2% (Apéndice L).

**Estigma hacia el VIH.** Se hizo uso de la AIDS-Related Stigma Scale (Kalichman et al., 2005). El instrumento originalmente escrito en inglés, y usado en español dentro de la intervención de referencia, (Rhodes et al., 2011), en el que se reporta el uso de 9 ítems. El patrón de respuesta incluye, "de acuerdo " y "desacuerdo" al cual se le asignan 1 y 0 respectivamente. Un ejemplo de pregunta es: “Una persona con sida debe haber hecho algo mal y merece ser castigada”. La interpretación implica que posterior a la sumatoria de la puntuación, un puntaje por arriba de 6 indica un mayor nivel de estigma. Al respecto de la validación interna, se reportó un Alfa de Crombach  $\alpha = 0.75$ , y una validez de constructo sustentada en la obtención del mismo patrón de respuestas en su aplicación en diversas poblaciones (Apéndice M).

**Uso del condón.** Medido por la Escala de uso de condón (Milhausen et al., 2007), para su uso en español se utilizó el formato recomendado por Ortiz-Gutiérrez y Cruz-Avelar (2018), el cual evaluó la frecuencia y consistencia del uso de condón, por medio de 6 ítems, los 2 primeros midieron la frecuencia del uso con respuesta tipo dicotómico (Si-No) un ejemplo de pregunta es “¿Utilizaste un condón la última vez que tuviste relaciones sexuales con tu pareja?”. Los otros 4 ítems evalúan el uso del condón en los 30 días inmediatos anteriores, donde se calcula la relación a través del número veces que usa el condón contra el número de veces que tuvo relaciones sexuales. Se reporta un Alfa de Crombach de .93 (Apéndice N).

## **Consideraciones Éticas**

La presente intervención estuvo diseñada bajo los parámetros establecidos en las normas nacionales e internacionales, principalmente por lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, del gobierno de los Estados Unidos Mexicanos (Secretaría de Salud, 2014). El presente estudio fue sometido para su autorización al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con forme lo establece el artículo 14, fracción VII.

Al establecer que este trabajo se desarrolló con seres humanos, se realizó bajo los preceptos de respeto, dignidad y protección del bienestar y de los derechos humanos, según el Título Segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo I, artículo 13. Así mismo, la presente intervención se sustentó en lo establecido en el artículo 14, donde se menciona su fundamentación en principios éticos y científicos. La intervención tuvo fines de apoyo al mejoramiento de la salud, por lo que el uso de los datos fue confidencial y se utilizaron estrictamente en las actividades asociadas al proyecto según el artículo 21, fracción VIII.

A todo participante que aceptó su inclusión a la presente investigación, se le realizó una explicación clara y completa del estudio y firmo el consentimiento informado con base al artículo 20 del reglamento (Apéndice B, C, y D); entre la información que incorpora este, se encontraban aspectos como los beneficios y riesgos de su participación, la garantía de recibir respuestas a las preguntas y aclaraciones realizadas por los usuarios del proyecto; y de manera especial se hizo énfasis en el retiro voluntario, otorgando la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento.

Toda la información fue utilizada con fines académicos, por lo que se mantuvo la privacidad y confidencialidad de la identidad y datos personales en todo momento con base en el artículo 16, por lo que no se utilizaron los nombres de los participantes, solo un número de folio. Solo el autor principal tuvo acceso a los datos personales con fines

académicos, manteniendo en todo momento la confidencialidad de la información. De la misma forma, se hizo énfasis en que este proyecto es considerado como una intervención de riesgo mínimo, ya que solo se realizaron actividades a nivel educativo de las cuales algunos temas pudieron ser sensibles, según lo en el artículo 17, fracción I.

Como lo establece el capítulo II del título segundo, artículo 29, al ser una intervención en la comunidad, se buscó apoyo en asociaciones civiles, por medio del encuentro con líderes de la comunidad, que derivó en la aprobación del proyecto.

### **Análisis de los Datos**

Los datos, se procesaron mediante el uso de dos programas; para los datos cualitativos se usó el programa NVivo V. 12, y para el caso de los datos cuantitativos se realizó el análisis mediante el paquete estadístico Social Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22; en el que se desarrolló una base de datos que permitió la codificación de la información. En lo correspondiente a los objetivos sobre factibilidad y aceptabilidad, y presentación de los datos sociodemográficos, se empleó estadística descriptiva, frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. Para las variables que se plantearon en las hipótesis, se verificó la confiabilidad con el Alfa de Cronbach y adicionalmente se realizó la revisión de la normalidad de los datos, con la prueba Shapiro–Wilk. Para la variable de aculturación, se realizó el análisis descriptivo de los resultados, estableciendo el nivel de inmersión en la sociedad étnica o en la sociedad dominante en el pre-test y el pos-test. Para las variables que presentaron normalidad se utilizó la prueba la prueba t para muestras relacionadas y el uso de la prueba de Wilcoxon para variables que no mostraron normalidad, considerando un nivel de significancia de  $p = .05$ .

## **Capítulo III**

### **Resultados**

En este capítulo se describen los resultados de la adaptación cultural de la intervención “HoMBReS” para incrementar el uso del condón en migrantes haitianos en México, en el primer apartado se abordan resultados del sub-estudio cualitativo. En el segundo apartado se muestran los resultados de los objetivos de aceptabilidad y factibilidad. En el tercer apartado se presentan el análisis de datos socio-demográficos, en el cuarto, los resultados de la consistencia interna de cada uno de los instrumentos utilizados, en el quinto los datos de normalidad por cada una de las variables y finalmente en el apartado número seis se presentan las pruebas realizadas para responder las hipótesis planteadas en este estudio.

#### **Resultados del Sub-estudio Cualitativo del Proceso de Adaptación**

Se realizaron 7 entrevistas a migrantes haitianos con duración promedio de 33 minutos; en donde se identificaron 281 unidades de análisis, de las cuales, se procesaron mapas jerárquicos. En dichos mapas, se observa la jerarquización de las ideas y agrupación expresiones de los participantes, basadas en la frecuencia de repetición de las palabras dentro del texto (Figura 6), presentando así, la idea del uso del condón, el fenómeno de la actividad sexual y la nacionalidad como las tres de mayor relevancia.

Se generó también, una gráfica sobre el proceso de codificación automática (Figura 7), en el cual se reporta que las tres primeras categorías responden al fenómeno del Condón, la educación y la enfermedad. Dicha información contribuyó a la construcción final de las categorías planteadas en este estudio. Adicionalmente se realizó la consulta sobre la frecuencia de las 50 palabras con mayor presencia dentro del cuerpo de las entrevistas, lo que arrojó una marca de nube con los tópicos más importantes, los cuales coinciden con los análisis de las figuras previas, siendo las 5 primeras palabras Condón, Protección y Haití, (Figura 8).

condón										protección										salud										educación									
uso de...		usa co...								prote...				paí...						sist...		se...		sa...		falt...													
uso de ...		traer u...								prote...										salud ...		sal...		rel...		educ...													
usar u...		trae co...		gene...		cond...						mundo ...		hai...		fal...				salud...						educ...													
usar el ...		tomar...		dese...		con...				prote...		kapot ...			es ...		con...			salud...						educ...													
usand...		tira c...		con...		con...		condón ...		prot...		kapot e...								salud ...		estado ...				educación...													
usan ...		secció...		con...		con...		condón ...												salud ...		cuestión ...				educ...		educaci...											
								colocaci...		acc...																													
sexual										países										kapot										prevención									
tran...		relac...		opor...		enc...		educ...		cu...		cu...								...el k...		usa...		usa...		us...													
																				voces...																			
salud ...		pare...		marc...		educ...		educ...		cuesti...										utilizar ...		ka...		inf...				prev...		gru...		cu...							
relac...		orie...		enfer...		edu...		educ...		cosas ...										uso d...		kap...		dan ka...				me...		cur...		act...							
haitiano										enfermedad										hombre										migrante									
tiene ...		millón ...		machi...		hay ...														respon...								visión ...											
soy ha...		migra...		hombr...		hay h...														polo ...								poblac...											
nosotr...		mas de ...		hombr...		haitia...		cabo ...		aten...										otro ...		hom...						orienta ...		mig...									
																				hombr...		hom...		hay ho...				objetiv...		mig...									

Figura 6. Mapa Jerárquico por Referencia de Codificación

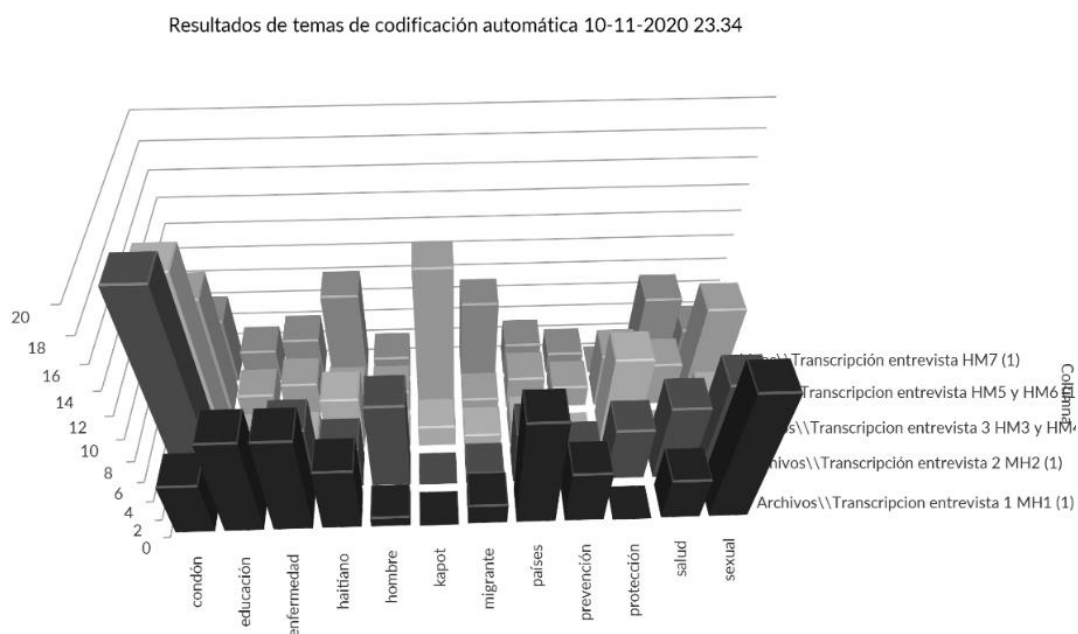


Figura 7. Proceso de Codificación Automática del Programa Nvivo





Tabla 2

*Categorización de Contenidos. Continuación*

No.	Categorías	Subcategorías	Códigos	Unidades
2	El VIH/sida desde los ojos del migrante haitiano	Justificantes para el no usar kapot	Barreras para el uso del Kapot	Sensación corporal
			Consecuencias de no usar kapot	Embarazo no planeado
			Religión y uso de condón	Infecciones de transmisión sexual
				Condón y matrimonio
				Condón y soltería
		Factores asociados al uso	Confianza en pareja y uso de condón.	Diversidad de creencias
			Acceso al Kapot	Confianza en la pareja y uso de condón.
			Educación, condón y migración	Donde lo encuentro
				Educación en la adolescencia.
				Promoción a la salud
		Consecuencias del estigma	Educación ante la enfermedad	Educación fuera del país
				El migrante como receptor de información.
				Desecho de condón
				Falta de información
				Enfermedad
				Indiferencia
			Estigma a personas con VIH	Prevención extranjera
				Consecuencias del estigma
				La muerte viene de fuera
			Causas de VIH según haitianos	

(Continúa)

Tabla 2

*Categorización de Contenidos. Continuación*

No.	Categorías	Subcategorías	Códigos	Unidades
		Conducta sexual de riesgo en el proceso migratorio	Conducta sexual de riesgo en el proceso migratorio	Conducta de sexual de riesgo
3	Servicios de salud	La persona frente a la migración	Autocuidado	Autocuidado
			Que me espera a mí que soy migrante	Acceso No acceso Comparación de atención al migrante por país
		La salud durante el camino	Salud en la frontera	Necesidad de educación sexual Desinformación
			En el trayecto	Brasil México
4	Haití	Mi país	Condición socio-económica	Económica Social
		Servicios de salud en Haití	Servicios de salud en Haití	Problemas y deficiencias
		Sexualidad y sociedad	Sexualidad y sociedad	Sexualidad y sociedad: Emociones sobre la sexualidad
5	Características del viaje	Las dificultades del camino.	Eventos adversos	Inseguridad Riesgos físicos
			Discriminación	Discriminación
6	Migrante haitiano	Los de allá	Nosotros los migrantes	Somos muchos Ayuda mutua Dignidad humana.

(Continúa)

Tabla 2

*Categorización de Contenidos. Continuación*

No.	Categorías	Subcategorías	Códigos	Unidades
7	Característica de la intervención	Estructura	Aculturación	Alta Mediana Baja
			Objetivo	Educativos Laborares Familiares Paternidad
			Barreras en mi objetivo	
			Miedos del migrante	Muerte Aislamiento Agresiones o violencia
			Mi familia	Recomendaciones Emociones sobre la familia
			Familia del migrante	Situaciones
			Tiempo	Horas de trabajo
			Días y horas	Días de la semana Invitación de participantes
			Convocatoria	
			Idioma	Español-criollo
			Dignidad humana	Dignidad humana
			Contenidos	Recomendaciones

*Nota:* Categorización manual.

**Categoría 1. Kapot.** Esta categoría se encuentra estructurada por 3 subcategorías y 7 códigos sobre la visión del condón por los hombres haitianos migrantes y las cuales se describen a continuación:

***Subcategoría 1.1 Generalidades sobre el kapot.***

*Código 1.1.1* ¿Cómo se llama y para qué es? El condón, es identificado por los hombres migrantes haitianos por diversos términos, como es el caso de: preservativo, condón, o Kapot; este último es el término utilizado en el Criollo (variación de francés) que se habla específicamente en Haití.

*“...en Haití si quieres un condón, en francés ósea en criollo... tu “Kapot” HM4.*

*“el kapot es protección de sex, o protección de no niño o protección de virus, mucha protección” HM3.*

*“yo creo que, para usar el condón, como llamamos nosotros kapot, es muy importante para la salud de los hombres” HM1*

Una de las funciones primarias del Kapot expresadas por los migrantes, es la relacionada a la protección, entendida como una actividad de cuidado de su persona y de sus parejas sexuales. Algunas expresiones al respecto son:

*“Usar preservativo es para cuidarme, para cuidarme y para cuidar a las personas que estoy con relación sexual, pero lo primero es pensar por mi cuenta, porque si no... hay mucha enfermedad” HM1.*

*“Para mí es una protección, una protección y siempre también yo lo aplique, lo aplique cuando yo necesito hacer cosas sexuales ¿entiende? Entonces para mí es una protección, condón, es para proteger y todo mundo” HM2.*

*“...protección de enfermedad, de infección, de si una persona tiene sida, no te lo pueda pegar, es protección” MH3.*

*“...si tú usas condón es por protección” MH4.*

*“...terrible esa enfermedad, protección en el condón” HM5.*

### ***Subcategoría 1.2 Justificantes para no usar kapot.***

*Código 1.2.1 Barreras para el uso del kapot.* La sensación corporal o física es una de las condiciones de más relevancia sobre el uso del kapot por parte de los hombres, situación que la posiciona como una de las principales barreras en cuanto a su uso; algunas expresiones al respecto son:

*“mmm... si es cierto no es lo mismo..., entonces, si es difícil... digo no es lo mismo usar condón que sin condón” MH1.*

*“Bueno, hay muchos hombres que dicen que no se siente igual, ¡Es verdad!, ¡Si es verdad, que hay muchos hombres que no se siente igual!” HM2.*

*“...las personas dicen, “carne come carne, el sale más bueno”, entonces, es una razón de que no me gusta y que no me siento bien. Tal vez algunas personas le afectan y por eso lo evitan” HM7.*

*Código 1.2.2 Consecuencias de no usar Kapot.* Una primera consecuencia identificada, es el desarrollo de un embarazo y por consiguiente el nacimiento de hijos durante el tránsito,

*“Si tú quieres bebé ahorita, empezar tu carrera o trabajar de lo que a tú quieras, va a ser difícil con un bebe”HM1.*

*“puede ser que llegue un bebé, pero las cosas que no planeamos, siempre no salen bien”HM1.*

En segundo término, se reconoce la importancia de la prevención de ITS, aunque en este rubro se destaca solo la identificación del VIH y la sífilis.

*“...desde el momento que yo empecé a entender, de relaciones, yo siempre escuchar varias doctores y campañas contra VIH, y más otras enfermedades que uno puede encontrar en sexual, enfermedades sexuales. Para mi es una protección” MH2.*

*“...es para evitar tomar, enfermarse de sida”MH3.*

*“...más con cosas que son Sífilis, Sida, esas que más que la gente más tiene miedo” HM2.*

*“...kapot, es muy importante para la salud de los hombres y también la protección para no tener hijos si no quiere tener ahorita y para otra enfermedad como sida y sífilis” MH7.*

*Código 1.2.3 Religión y uso de condón.* Según la información recolectada, los migrantes haitianos pertenecen a diversas creencias religiosas, entre las que se destacan evangelistas, católicos, cristianos, incluso se hace referencia también al vudú. Los discursos del uso del condón, por tanto, se especifican al hecho de estar o no casado con la pareja sexual, lo que implica la exención del uso específicamente a personas casadas,

esto debido a las creencias religiosas de concepción y reproducción del hombre en la tierra. Las expresiones al respecto son las siguientes:

*“si tú eres cristiano, ya sabes la biblia dice que no puedes tener relaciones sexuales, que eso es pecado, tienes que casarte y si ya te casaste, no tienes que usar condón porque es tu mujer” HM1.*

*“Por ejemplo, cuando Dios, da los 10 mandamientos, cuando dos personas van a vivir juntos, son dos unidos, es uno; no tiene que estar usando nada, porque le dijeron que van a andar en la tierra para que multipliquen; si se usa un condón no se puede multiplicar...” HM6.*

**Código 1.2.4 Confianza en pareja y uso de condón.** El desarrollo de la confianza se vuelve indispensable en lo que corresponde a no usar condón en la pareja del migrante haitiano, y la cual está dirigida específicamente hacia la esposa o la pareja habitual en el contexto del hogar; no obstante, también proyecta la idea de la actividad sexual en el marco de las parejas que el migrante pueda tener fuera del hogar. Algunos migrantes refieren lo siguiente:

*“pareja que está viviendo en la misma casa, como mujer y marido, confianza debe tener, para mí no es necesario que la pareja que esté usando condón, porque cada uno debe de tener confianza en el otro; si yo tengo mi esposa en mi casa no veo por qué voy a usar condón, si ella esta fiel a mí y yo fiel a ella, no veo que voy a tener miedo a esa enfermedad, si necesitas hijos, no tenía que usar condón, porque uno esta pal otro, es entre pareja que está viviendo en la misma casa. Si no es pareja, como un novio o un amante, así en la calle... hay que usar” HM3.*

*“si quieres tú con tu esposa, no condón, si tú quieres con tu novia, si tu condón, si quieres tu proteger” HM4.*

*“escucha amigo, si tengo novia na casa ok, confianza; no vive, no hay condón. Si yo, estoy de aquí a acá, compra condón” HM3.*

### ***Subcategoría 1.3 Factores asociados al uso del condón***

**Código 1.3.1 Acceso al Kapot.** Dentro de la experiencia en el proceso de la migración, los hombres haitianos identifican los lugares en los que pueden acceder o no, a condones gratuitos; siendo principalmente instituciones del sector salud las hacen entrega del recurso sin que esto genere gasto extra en salud para el migrante, expresiones al respecto son:

*“... en los hospitales de Haití dan kapot gratis” HM5.*

*“¿Estando aquí en Mexicali, has podido acceder a condones de forma gratuita?: no, siempre los compro, hasta que sean un poquito...” HM1.*

*“... allá en Brasil si tú vas a un hospital, también hay condón disponible, si tú puedes ir, puedes pedir directamente y te van a dar condón, cuando tú necesitas, en cualquier centro de hospitalidad que tiene allá, tu solo ir a buscar te lo dan gratis” HM2.*

*“si, ... en Brasil, en todos lugares que uno va a andar, que va a un hotel, primera cosa que te ofrecen si tu va entrar en un hotel, te pregunta si vas a dormir solo o con pareja, si tú vas a dormir con pareja, ellos no necesitan saber si es pareja casada o no, te ofrecen, te ofrecen, (condón) gratuito, te ofrecen una toalla y te ofrecen jabones y condones...” HM2.*

**Código 1.3.2 Educación, condón y migración.** La capacitación respecto a temas de salud sexual y reproductiva se ve específicamente dirigida hacia la entrega de información sobre la importancia, el manejo y desecho del kapot, sin embargo, se refleja que este acercamiento no es constante en términos del desarrollo de la habilidad de colocarlo. Expresiones al respecto son:

*“...en secundaria (en Haití), hay un espacio de una hora para, para eso mismo, para hablar de sexualidad y así, muchas veces profesor explica todo de eso y más también hay publicaciones, televisiones, radio tiene emisora... todo eso, y hay gente también que viene al momento, que trae condón, condón mismo va a*



*regalar a las personas, a las jóvenes, los jóvenes, en toda parte en la escuela, hasta en la iglesia...” HM2.*

*“¿En Brasil les enseñaban como ponerlo? ...La verdad que no, porque si tú vas a buscar, es porque tu sabe que es, entonces no es un curso, entonces si tú necesitas vas directamente al centro y te lo doy y así...” MH2.*

*“- ¿Cuándo ustedes eran jóvenes, el personal de salud les hablaba del uso del condón en su comunidad? - No, no eso fue que, había gente que hace la publicación, como en una camioneta para que la gente protege, para que usen condones.” HM6.*

*“...si, en la secundaria, dan como un taller en la escuela, para conocer el uso del condón y ese se hace cada día el día del... sida, el primero de diciembre, en la secundaria, un taller y se habla todo eso para que nosotros podamos protegernos de eso, de esa enfermedad que tenemos” HM7.*

*“... en universidad si, si nos hablan de eso en la universidad, pero en la preparatoria no porque los maestros no hablaron tanto” HM7.*

**Categoría 2: El VIH/sida desde los ojos del migrante haitiano.** Esta categoría está integrada por 3 Subcategorías que surgen asociadas a la exploración del uso de condón, en la que se reconoce su aplicación como método de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual.

### ***Subcategoría 2.1 La lucha contra el VIH.***

**Código 2.1.1 Educación ante la enfermedad.** Aunque se reconoce al VIH/sida en términos de la mortalidad que genera; existen una serie de expresiones que sugieren que el migrante posee información deficiente sobre la enfermedad; algunas expresiones son:

*“Es una cuestión de educación, por que como sabes, Haití es un país de américa latina más, más pa abajo, más vulnerable, la gente no tiene preocupación para saber cómo tiene que cuidarse, eso no es la prioridad de la población” HM1.*

*“...antes la gente decía que no tenía cura, pero ahora no, pero yo si conozco, yo conozco a una persona que tenía y ahora no.” HM2.*

*“con esa enfermedad no vas a durar mucho tiempo” HM7.*

**Código 2.1.2 Prevención del VIH/sida desde la experiencia haitiana.** Los migrantes haitianos relatan los recuerdos y anécdotas asociadas a las acciones de prevención ante el VIH, tanto impulsadas dentro de su país, como aquellas aportaciones internacionales. En estas se refleja la lucha contra el VIH de actores de instituciones públicas y privadas. Algunas son:

*“teníamos una, un... un grupo de prevención que hacen en mi tierra, en mi ciudad especialmente, en la juventud de 16 a 24 años para que la gente sepa lo que es el VIH, ¿no?... Pero no es todo, no es toda la gente, no es toda la población haitiana como tanta atención con esta enfermedad” HM1.*

*“hay algunas organizaciones que apoyan a la gente en Haití como es AIDE, hay otras organizaciones también, pero son puras organizaciones de Estados Unidos, y van a allá para que la gente se cuida, en la capital y lo hacen por internet también”. HM1.*

*“yo puedo decir que, desde niños, desde el momento que yo empecé a entender, de relaciones, yo siempre escuchar varias doctores y campañas contra VIH, y más otras enfermedades que uno puede encontrar en sexual, enfermedades sexuales” HM2.*

*“hay muchas campañas en mi país, en Haití, en radio-televisión, todo mundo habla de condón, cuida por sida y otras cosas, como varios tipos de enfermedades que uno puede encontrar y de ahí empecé a usarlo; empecé a usarlo” HM2.*

## **Subcategoría 2.2 Consecuencias del Estigma.**

**Código 2.2.1 Estigma a personas con VIH.** La construcción de la idea de la infección por VIH en los miembros de la comunidad haitianas, vislumbra acciones de

señalamiento, acoso y desapego de personas que viven con VIH, las cuales promueven el desarrollo del estigma de personas que viven con esta enfermedad, expresiones al respecto son:

*“...como a unos muchachos saben que tiene VIH, no le hablan, no le hacen caso, es lo que mata a esa persona, porque tiene VIH y sus amigos, que eran sus amigos, ya no salimos juntos, ya no habla con él, la gente no sabe, piensan que, si las persona está infectada o así, lo puede contagiar todo, hasta para hablar...” HM1.*

*“Bueno, cuando la comunidad sabe esto, se tiene una distancia, pero si participan en la comida, toda la cosa; pero la relación se corta, la relación con esa gente, porque todo mundo sabe, está sabiendo que eso viene por la sangre, si no se corta no se van a contagiar...” HM6.*

*“la gente dice: - ¡Este la tiene, este la tiene! - y si, la persona la tiene; por eso cuando la tiene, se esconde porque así no les dice a las personas. Por qué las personas esas, le van a decir a otro a otro y a otro. Entonces se quedó escondida y yo creo que nosotros también tenemos esa forma” HM7.*

**Categoría 3. Servicios de salud en el proceso migratorio.** Esta categoría refleja la experiencia vivida por los migrantes haitianos durante el proceso de la migración desde su salida de Haití hasta su llegada y residencia en México. Se encuentra compuesta por dos subcategorías.

**Subcategoría 3.1 Salud, migración y futuro.** El acceso a los servicios de salud, particularmente a los asociados en salud sexual y reproductiva, es una vivencia que presenta experiencias positivas y negativas en materia de acceso a los servicios de salud en los diversos países, además se encuentra permeada por elementos de índole personal que incluyen la definición y percepción de del autocuidado.

**Código 3.1.1 ¿Qué me espera a mí que soy migrante?** Las desventajas del que llega a un entorno nuevo, sin los requerimientos legales, económicos, políticos y

culturales, permean la salud de las personas en materia del acceso a los sistemas de salud, esta situación es vivida día con día dependiendo del contexto. Algunas experiencias al respecto son:

En Haití. *“...en Haití cuando una persona quiere ir al doctor, ¿no todos tienen eso... ha no!! “Dame una pastilla, dame un paracetamol”, eso es lo que escuchamos, no tenemos esa oportunidad, no tenemos esos recursos humanos para que... muchos doctores para te voy a dar...; Tienes que hacer un estudio de sangre, tienes que hacer un estudio de... no hay ese tipo de especialidad no los conocen”* HMI.

En Brasil. *“es que en Brasil hay una cosa, si vas ahí al hospital, cuando sales te regalan los condones, ahí están en la mesa si quieres ahí agárralos, es para ti no más, pero ahí en Brasil, este, no hay capacitación en salud y hay más... yo no puedo decir que esta igual que en México. Pero al entrar a Brasil en ciudad, tu estas, vas a usar una tarjeta, con esa tarjeta vas a ir en cualquier hospital, con esa tarjeta no paga nada y te atienden, te dan medicamento y así...”* HM2.

*“allá en Brasil si tú vas a un hospital, también hay condón disponible si tú puedes ir, puedes pedir directamente y te van a dar condón, cuando tú necesitas, en cualquier centro de hospitalidad que tiene allá, tu solo ir a buscar te lo dan gratis”. HM7.*

En México. *“...aquí en Mexicali... de que te quedas en el país nunca te hacen una proba, nunca te hacen una proba de VIH, pero si te hacen una proba de tuberculosa para saber si tú tienes esta enfermedad”* HMI.

*“hay muchas mujeres (haitianas) en Mexicali, que no pueden ir al doctor o que no tienen seguro social y ya llevan como cuatro años aquí y nunca han ido al doctor para revisarse, en Haití cuando una persona quiere ir al doctor, ¿no todos tienen eso... ha no!”* HMI.

*“- ¿has podido acceder a condones de forma gratuita? -No, siempre los compro” HM1.*

*“en el hospital general, porque así te dice: espera te voy a llamar, espera que te van a llamar, te esperas como 3 a 4 horas cuando fui con ella y imagínate, ella que es mexicana, yo soy inmigrante, y como la trataron... que voy a pensar” HM7.*

Otros. *“...cuando yo pase por los países no me quede tanto tiempo, el único país en que me quede tanto tiempo fue Costa Rica, pero me quede como un mes y medio allá, pero no, no fui al hospital. Fui al hospital porque me paso un accidente nada más, pero en ese accidente fue porque me llevo la ambulancia, pero llego, me trataron muy bien, me hicieron exámenes, que, que yo lleve un balazo” HM7.*

**Categoría 4. Haití desde los haitianos.** Esta categoría describe cómo es que las personas perciben en términos generales la situación de su país y por lo tanto refleja los motivos que los motivaron a emprender un proceso migratorio.

#### ***Subcategoría 4.1. Mi país.***

*Código 4.1.1 Así estaba cuando me fui.* Las situaciones sociales, culturales y políticas, se proyectan en la crítica que hacen los hombres migrantes que están fuera del territorio, las cuales se ven influidas por las experiencias que el migrar les ha otorgado. Al respecto de esto los migrantes mencionan:

*“...sabes que hay muchas enfermedades que es un país pobre y no hay como las... no hay tanto... como lo explicó ¡como en Mexicali!, que hay muchos doctores, gente especializado que están preparados para ese tipo de cosas, pero en mi caso, en el caso de un país pobre no hay tanta gente...” HM1.*

*“...como sabes, Haití es un país de américa latina más, más para abajo, más vulnerable, la gente no tiene preocupación para saber cómo tienes que cuidarse, eso no es la prioridad de la población” HM1.*

*“Haití, primero es un país que no sabemos, nos falta mucho, se llama Educación” HM2*

*Código 2. Sexualidad y sociedad.* Los constructos respecto a la sexualidad, establecen un punto de partida en el abordaje de la educación sexual, la cual se permea como un tema de manejo delicado, que no es de libre discusión, y que se sustenta principalmente en creencias personales; esto incluye la atribución de ciertas libertades sexuales atribuibles al sexo y al estado civil.

*“Como te digo, es un tema tabú, la gente no se...es una cuestión de cultura no, porque estamos en un siglo y la gente todavía no sabe, si en caso de que yo estoy hablando con mis hermanos de sexo o algo así, mi mama a todo mundo está viendo, ¿quién te dio ese derecho?, ¿qué sabes de eso?, ¡no sabes nada!, porque toda la vida la gente se acostumbra así pues, sabes cómo pues; nadie, no, no, tiene esa libertad de decir las cosas como... la primera vez que yo participado en un curso así con información de la juventud, me asuste porque no había escuchado que hablaran tanto de sexo, porque muchas veces decían el “Peniq”, así la vagina... es la primera vez, estudie toda mi vida, pase la secundaria, el profesor que hace esas cosas no te explican tanta cosa así, por eso todo tiene que ver con la cultural y la gente, no está acostumbrada.” HM1.*

*“...pero hay muchos parientes también que no sabían, no saben cómo explicarles a sus hijos porque ellos no quieren que sus hijos, siempre dicen que no, que sus hijos no tienen novio (no van a tener novio) no tienen novia, nada de sexo, pero los niños no saben eso, tu puedes estar diciendo a tus hijos no hacer sexo, pero siempre va a hacerlo, porque sienten también porque tienen sangre!”HM2.*

*“lo solteros tienen una libertad, puede amanecer donde quiera, se puede meter en un dormitorio así, pasando 3 semanas así... mujereando con cualquiera, pero no es igual con un casado”HM6*

**Categoría 5. Mi viaje.** Una vez iniciado el proceso migratorio, las personas se enfrentan a la realidad de contextos culturales diferentes, lo cual implica la reconstrucción de la persona a través de los demás. Esta categoría refleja las dificultades encontradas en estos contextos.

### **5.1 Las condiciones del camino.**

*“De Haití en avión, de puerto bello en camión de 3 días, de ecuador, de ecuador a la frontera de Colombia, en la frontera de Colombia, caminar cuatro días de panamá.... camión caminar...”HM3.*

*“Es un camino muy largo, vienes des de Brasil y tu estas en camino para venir hasta aquí México, porque en todo ese camino ocupo pagar hotel, despensa, comida. de todo no, la única cosa que tú ... dignidad; porque siempre lo primero que veo yo es mi dignidad, no puedo hacer cualquier cosa porque tengo algo, algo que es mi imagen, es lo que me queda, es lo que me deja mis parientes (padres): “Yo no tengo nada, yo no te puedo dar, tú has tu camino, has lo que tú quieras “y así, estamos buscando que todos nosotros tengan una vida mejor, que sea el sueño americano” HM1.*

**Código 5.2 El riesgo del camino.** La experiencia de la migración ha llevado a los migrantes haitianos a recorrer diversos países en los cuales han encontrado condiciones de vida diversas, algunas de ellas consideradas de riesgo para la vida. Los países que se nombran son República Dominicana, Brasil, Chile, Venezuela, Perú, Ecuador, Colombia, Nicaragua, Honduras Panamá, Guatemala y México. Las narraciones de algunas experiencias se muestran a continuación:

*“...de pende de lo que tiene, tal vez si la persona tiene un camino que hacemos de 7 días, se camina en el día y en la noche dormimos, ese es el problema si vas a ir, si vas a pasar a un lugar, no tiene casa, ni nada nada, si entras con tu teléfono hasta que te salgas vas a tener señal para hablar con una persona. Cuando tú vas a entrar a este lugar, tú vas a hablar con tu pariente y le vas a*

*decir yo voy a entrar y pasando 7 días yo voy a tener internet, si después de 7 días no te encuentran o no te hablan, pues ya estás muerto; porque no todas personas pasamos, tú vas pasando ahí y la persona muerta ahí, es que no puede caminar tanto, a veces si camines no puedes respirar y nadie te puede esperar para hacer eso... y no te pueden esperar”HM7.*

*“A mí me asaltaron porque yo traía en mi mochila dinero ahí, el dinero que traía y yo fui a sacar, porque dicen tú pagas a mi dólares, para que yo te lleve tus cosas y.... ok! Fui a la bolsa que tenía y saque 10 dólares para él y cuando le entrega 10 dólares y quiere cambiarlo, la mochila que tengo para que el la lleve, y yo lo eche entre mi ropa y cuando me dice eso, yo pensé en el dinero, entonces yo saque el dinero, “y que llevo esto”, ok llévate eso y cuando está caminando enfrente, no lo mire, y yo camine rápido y me quede atrás, se va a regresar por mí y ya después de un tiempo no lo mire, se llevó toda mi ropa, porque pensó que el dinero estaba ahí, yo lo saque, son como 3 mil dólares, entonces yo saque el dinero y lo puse en mi bolso, entonces se llevó toda mi ropa y fue en el segundo día, me pase 4 días con la misma ropa, caminando con la misma ropa”HM7.*

**Código 5.3 discriminación hacia el migrante.** Dentro del recorrido, la percepción del migrante apunta a sentimientos de discriminación originada en primer punto por su condición migratoria y, en segundo término, por las características físicas entre las que se puede destacar el color de piel o la complexión física, en el análisis de los discursos se encuentran las siguientes expresiones.

*“yo te voy a decir una cosa, me ha tocado que he participado en unas cosas así, me dicen vamos a hacer un curso, un amigo a una junta que, los haitianos que estén con las mujeres mexicanas, necesito que ellos sepan que tienen que cuidarse.... De ahí ya no voy, porque dice los haitianos tienen que cuidarse para cuidar a las mujeres mexicanas, es decir, los hombres haitianos tienen enfermedad, porque ahí no entiendo. Ahí yo voy a ir, obvio, me invitas a una*



*junta para decirme que tengo que hablar con los haitianos para que ellos usen preservativo para cuidar a las mujeres mexicanas, para que no las infecten a ellas. Como que me está discriminando, ¿ósea me invitas a una junta para discriminarme de mi raza? eso no lo tomo bien” HM1.*

*“yo podría decir que sí. Porque del 80%... del 100% hay como un 20% o 30% que son así, he, tal vez yo no he valorado eso porque yo sé que tú eres una persona y él es otra persona, pero no puedes meter a otra persona que son iguales, entonces la persona puede estar así y tú no, lo que pasa que si la persona esta así y tú no, yo no puedo decir lo mismo de la persona, y yo le digo que si la persona me hace algo discriminado, yo voy porque no piensa bien, no tiene la capacidad de entender cuáles son seres humanos, cuáles son las personas, las personas no es la forma de color, no es la forma de alta, gorda, flaca, la persona está esperando y necesita saber quiénes son estas personas y la calidad de la persona no debe ser de aquel que dice más o menos de la otra, cada una persona, es una misma persona, misma sangre, somos de la misma cosa, de la naturaleza, entonces debía saber quién es esa persona y de quien es, cada vez que la persona hace esa cosa así, yo pensar, yo le pedir a dios que lo perdone porque no sabe que está haciendo” HM7.*

**Categoría 6. Migrante haitiano.** En la presente categoría, se presentan las construcciones sobre la identidad de la persona haitiana que migra, la cual va desde la autopercepción en los nuevos contextos culturales hasta los recuerdos de los que se quedaron entre el contexto cultural de su país.

**Subcategoría 1. Nosotros lo migrantes.** Después de partir, el migrante reconstruye su pensamiento desde los nuevos contextos en este sentido, cada país al que el migrante llega, da más elementos para comprender las diferencias y similitudes, y establecer por tanto su persona como un punto de referencia ante todo lo demás.

*Código 6.1.1 Nosotros los migrantes.* Con el paso del tiempo, el número de migrantes ha aumentado y las diversas dinámicas políticas, sociales y económicas, marcaron la forma en que los migrantes en su conjunto, construyeron y fortalecieron las relaciones interpersonales. Esta situación y el número de migrantes, permito generar una conciencia colectiva, que refuerza su presencia y su ser en los nuevos contextos, situación que deriva en acciones de apoyo entre pares. Expresiones que aportan elementos al respecto son:

*“Y eso ahí va en el país, hay casi un millón de haitianos que desde el 2012 para arriba, hasta el día de hoy hemos recorrido países como Brasil, Chile, ya sabes, si vamos por otro país.... Nosotros tenemos... (No se entiende audio) ... como yo que estoy aquí en Mexicali, estamos hablando de mi vida aquí en Mexicali hay más de 10 mil haitianos que han pasado aquí en Mexicali desde 2016 hasta el día de hoy todavía llegan haitianos y se van a Estados Unidos” HM1.*

*“...pero por parte de nosotros haitianos, yo creo que nosotros haitianos, entienden, siempre encontrar gente, ayudarnos platicarnos, las cosas más peligro en sexo y si también” HM2.*

*“...que desde hace cuatro años hay muchos bebés ya en Mexicali, muchos haitianos que ya tienen bebé. uno o dos...” HM1.*

*“aquí?... bueno si la persona dice sabes que tengo VIH, es que necesito que alguien me ayude y me da un tratamiento, que es lo que podemos hacer, la ayudamos, buscamos la manera... entonces le hacemos para que podamos ayudar” HM7.*

*Código 6.1.2 Objetivos.* La migración es un acto que busca en su esencia más profunda contar con mejores condiciones de vida, por lo que cada persona migra bajo un objetivo, los cuales pueden ir desde lo laboral, lo familiar e incluso aquellos que están enfocados a preservar la vida. El migrante haitiano visualiza su migración como el medio por el cual podrá conseguir un espacio que pueda otorgarle las herramientas para

enfrentar la vida de forma diferente, ya sea por medio del trabajo o el estudio. En muchas ocasiones los objetivos no son personales, y responden a un bien común, por lo que la migración con motivos de reunión familiar, también se encuentran presentes.

*”...cada uno tiene una meta, cada uno tiene un objetivo” HM1.*

*“estamos buscando que todos nosotros tengan una vida mejor, que sea el sueño americano, ¿no?” HM1.*

*“la idea que tenemos los haitianos es trabajar, trabajar y trabajar” HM7.*

*“tengo a mi hijo que esta allá con su mama (EUA)... pero como yo tengo otro hijo que esta allá en Haití y estoy en trámite para que se venga para acá, entonces cuanto el este conmigo, yo voy a ver qué podemos hacer” HM7.*

*Código 6.1.3 Barreras en mi objetivo.* Aunque existe una idea del trayecto e incluso de los planes del proceso migratorio, se perciben elementos que podrían obstaculizar la culminación de estos. En el análisis del discurso se detectó que una posible barrera para completar los objetivos de la migración, es la que está asociada a la paternidad, consecuencia derivada de la conducta sexual. Una expresión que proyecta esta idea es la siguiente:

*“cada uno tiene una meta, cada uno tiene un objetivo, pues entonces todo eso entra en perspectiva de tu vida, yo no puedo entrar y hacerlo, porque hay consecuencias, no solo un bebe, hay consecuencia de enfermedad. Yo pienso a si, por que tengo algo, yo tengo un plan y un bebe no va a venir bien ahorita, ahorita no me va a llegar bien, entonces yo tengo que cuidarme en todos los aspectos, por eso usar preservativo yo creo que es una buena opción” MH1.*

*Código 6.1.4 Familia del migrante.* Cada persona que migra, deja toda una historia por detrás, en la que se incluye la familia. En esta pueden incluirse a los papas, los hijos o las parejas sentimentales. Se percibe que esta, cumple un papel de relevancia para consolidar la idea y la acción de migrar, así como para no desistir en el intento una vez que ya se inició el proceso algunas expresiones que soportan esta idea son:

*“es lo que me queda, es lo que me deja mis parientes (padres) “¿Yo no tengo nada, yo no te puedo dar, tú has tu camino, has lo que tú quieras “y así, estamos buscando que todos nosotros tengan una vida mejor, que sea el sueño americano, no??” HM1.*

*“... no, familia en Haití...yo tengo, por trabajo...no hay trabajo no hay registro, no hay trabajo --- ¿y les gustaría regresar a Haití? --- Si, por familia, necesita familia, el boleto es mucho dinero 20 mil pesos, por coronavirus no avión. Tengo 6 años sin familia, hablamos por teléfono” HM4.*

*“... si.... si... entonces, allá este niño (hijo en florida) ahorita voy a hablar con él y no me suelta el teléfono y él siempre quiere hablar conmigo, “papa” y ya hasta aprendió a hablar inglés, y su mama me dice que, que siempre pregunta por mí, y cuando lo vas a ver y entonces...” HM7.*

## **Resultados de Factibilidad**

A continuación, se presenta, los resultados sobre el acceso, el reclutamiento y la retención para dar respuesta al objetivo específico que busca evaluar la factibilidad del estudio.

**Acceso y reclutamiento.** Se accedió a la comunidad por las facilidades de líderes sociales y religiosos, quienes consideraron el contexto de una iglesia cristiana como punto de desarrollo de la intervención. El líder religioso, permitió, la difusión de información, el reclutamiento y la aplicación de la intervención. La difusión se inició desde enero de 2021; donde se colocaron carteles en español y en kreyòl, estos últimos revisados y aprobados por un miembro de la comunidad que colaboró en la traducción. El reclutamiento se inició en febrero, colocando una mesa de registro en la iglesia, cada día sábado, en horario de 18:00 a 19:00 horas y en la barbería posteriormente. Se acordó que el inicio del primer grupo de la intervención fuera el día el día 14 de febrero.

La principal barrera en el proceso del reclutamiento, fue el no interés en la intervención. Otros motivos fueron, no contar tiempo, no tener interés en el tema, el que no se ofrecía un documento que permitiera trabajar en territorio mexicano y que desarrollara un tema sensible desde un punto de vista religioso; la participación del líder espiritual se dio en todas las actividades, intentando mediar temas como el embarazo y el uso de la fe en la curación de enfermedades.

En cuanto a las barreras estructurales, fueron importantes las asociadas a la infraestructura de la iglesia, la cual es hogar de miembros de la comunidad, y albergue para los migrantes de recién arribo; esto derivó en la existencia de distracciones durante las sesiones. La falta de refrigeración fue una desventaja, pues se presentaron temperaturas superiores a 30 grados, lo que complicó el desarrollo de la intervención.

### ***Retención.***

En cada sesión, se realizó el registro de asistentes por grupo y sesión, el primer grupo reportó un mayor número de personas que iniciaron y terminaron las sesiones de la intervención (tasa de 90% de participación). Para el caso del grupo número dos, a pesar de ser el grupo con mayor convocatoria, solamente el 63% de los participantes concluyó con las sesiones. Para el caso particular del grupo número 3, a pesar de contar con una buena participación de inicio, la segunda sesión tuvo una pérdida poco más del 50% de los participantes. Por eventos asociados a la COVID-19, esta sesión no se desarrolló y los participantes no fueron considerados en la muestra final (Tabla 3).

Tabla 3

#### ***Asistencia por Sesión***

No. de Grupo	Reclutamiento	S1	S2	S3
1	10	10	9	9
2	22	14	14	14
3	20	15	9	ND
Total	52	39	32	23

*Nota:* S1 = Sesión uno, S2 = Sesión dos, S3 = Sesión tres; ND = No desarrollada

Se vuelve de gran relevancia mencionar que a pesar de contar con 52 participantes que iniciaron la intervención, solo 23 completaron las tres sesiones, de los cuales solo 14 fueron incorporados al análisis, esto dado por que el resto, no completo de forma correcta los instrumentos, por lo que se excluyeron. Al respecto de este punto se destaca que, aunque en el estudio cualitativo se mencionó la existencia del dominio del español, la realidad es que muchos migrantes tienen un dominio a nivel conversacional, lo que implica una deficiencia en las cuestiones de lecto-escritura. En cuanto a los motivos de inasistencia los participantes refirieron: la falta de tiempo, cansancio de la actividad laboral y compromisos sociales entre otros (tabla 4).

Tabla 4

*Resultados de Factibilidad*

Variable		<i>f</i>	%
<u>Barreras mencionadas</u>	Motivos de salud	7	53.8
	Problemas económicos	2	15.4
	Aspectos ambientales	1	7.70
	Sin tiempo para asistir	1	7.70
	Sin problemas para asistir	2	15.4

*Nota:*  $n = 14$ ,  $f$  = Frecuencia, % = Porcentaje

**Resultados de Aceptabilidad**

Al respecto de la aceptabilidad se evaluó el agrado de aspectos, como: satisfacción de las actividades realizadas, expectativas, tiempo y duración. En la tabla cinco, se destaca que la mayoría de los participantes consideraron de su agrado la intervención, mientras que el 42% refirió el cumplimiento de la expectativa de la actividad como bastante. Se destaca también que el 53.8% de la población considera que

las actividades serán de utilidad en su vida diaria. Respecto al desempeño del instructor la mayoría de la población lo considera como muy bueno.

Tabla 5

*Resultados de Aceptabilidad*

Variable		<i>f</i>	%
Agradado de la intervención	Muy buena	8	61.50
Cumplimiento de expectativas	Bastante	6	46.20
	Algo	5	38.50
	Poco	2	15.40
Agrado de las actividades	Todas de agrado	7	53.80
	Algunas de agrado	6	46.20
Utilidad de las actividades	Bastante utilidad	7	53.80
	Algo útiles	6	46.20
Tiempo de la intervención	Dos horas suficientes	8	61.50
	Menos de dos horas	5	38.50
Desempeño del instructor	Muy bueno	11	84.60
	Bueno	2	15.40
	Regular	1	07.70

Nota:  $n = 14$ ,  $f$  = Frecuencia, % = Porcentaje

### **Características sociodemográficas**

La muestra estuvo compuesta por 14 hombres. La media de la edad fue de 34.07 años ( $DE = 6.01$ ), mientras que la media de años que llevan migrando fue de 4.79 años, (máximo de 10 y mínimo de 2); la media de países por los que han transitado, es de 6.86 ( $DE = 3.86$ ), donde el 50% refiere haber transitado por 10 países de América Latina. De forma general el resto de los datos sociodemográficos se observan en la tabla 6.

Tabla 6

*Datos Sociodemográficos*

Variable		<i>f</i>	%
Grado de estudio	Secundaria	9	64.00
Creencias religiosas	Evangélicos	14	100.00
Vivienda	Vivir solos	8	57.10
	Con compañeros migrantes	6	42.90
Actividad laboral	Con trabajo	11	71.20
	Sin trabajo	4	28.60
Acceso a servicios de salud	Público	7	50.00
	Privado	3	21.40
	No cuento con servicio de salud	4	28.60
Uso de servicios de salud	<i>Si</i>	4	28.60
	<i>No</i>	10	71.40

Nota:  $n = 14$ ,  $f$  = Frecuencia, % = Porcentaje

**Estadística Descriptiva y Datos de Normalidad**

En la tabla 7 y 8, se observa el análisis descriptivo y las pruebas de normalidad (Test Shapiro-Wilk), para el pre y post-test, de las variables. Las variables de Actitudes hacia el uso del condón, Autoeficacia para el uso del condón, Conocimiento VIH y otras ITS, presentaron normalidad, por lo que las pruebas a realizar fueron de tipo paramétrico, (t Student para muestras relacionadas). Para las variables de Aculturación y Estigma relacionado con el sida, los resultados normalidad se reportan como no paramétricos, por lo que se realizó la prueba de Wilcoxon.



Tabla 7

*Estadística Descriptiva y Prueba de Normalidad. Pre- Test*

		<i>Media</i>	<i>Med.</i>	<i>DE</i>	<i>V. Min</i>	<i>V. Max</i>	<i>Estadístico</i>	<i>Valor de p.</i>
Actitud masculina hacia el uso del condón.		48.36	48.50	27.87	14	98	.948	.532
Autoeficacia del uso del condón.		44.36	44.00	19.79	21	84	.925	.263
Conocimiento sobre el VIH-ITS		13.14	12.50	04.33	7	21	.944	.468
Aculturación	<i>P1</i>	3.27	03.55	.80	1.65	4.00	.836	.015
	<i>P2</i>	2.21	02.13	.57	1.40	3.27	.914	.178
Estigma hacia el VIH.		1.79	01.00	2.11	0.00	6.00	.816	.008

*Nota:*  $n = 14$ , *Media* = Promedio, *Med* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, *V. Min.* = Valor mínimo, *V. Max.* = Valor máximo,  $n = 14$ , *P1* = Parte uno, *P2* = Parte 2.

Tabla 8

*Estadística Descriptiva y Prueba de Normalidad. Post- Test*

Variable	Estadística					Shapiro – Wilk	
	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>DE</i>	<i>V. Min</i>	<i>V. Max</i>	<i>Estadístico</i>	<i>Valor de p.</i>
Actitud masculina hacia el uso del condón	57.14	56.00	25.56	14	98	.955	.634

*Nota:*  $n = 14$ , *Media* = Promedio aritmético, *DE* = Desviación estándar, *V. Min.* = Valor mínimo, *V. Max.* = Valor máximo

Tabla 8

*Estadística Descriptiva y Prueba de Normalidad: Post- Test*

Variable		Estadística					Shapiro – Wilk	
		<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>DE</i>	<i>V. Min</i>	<i>V. Max</i>	<i>Estadístico</i>	<i>Valor de p.</i>
Autoeficacia del uso del condón.		56.29	59.00	15.70	16	77	.90	.12
Conocimiento sobre el VIH-ITS		15.85	17.00	4.25	9	23	.90	.12
Aculturación	P1	3.44	3.76	.77	1.06	4	.69	.00
	P2	2.72	2.76	.74	1.80	4	.91	.209
Estigma hacia el VIH.		0.79	.00	1.36	0	5	.62	.000

*Nota:*  $n = 14$ , *Media* = Promedio aritmético, *DE* = Desviación estándar, *V. Min.* = Valor mínimo, *V. Max.* = Valor máximo,  $n = 14$ , *P1* = Parte uno, *P2* = Parte 2.

**Consistencia Interna de los Instrumentos**

Los diversos instrumentos y sus sub escalas correspondientes, utilizados en el presente estudio se sometieron a un análisis de confiabilidad interna por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach, a través del uso del paquete estadístico, dichos instrumentos fueron: la Escala multifactorial de actitudes hacia el uso del condón (Reece, Herbenick, Hollub, Hensel, y Middlestadt, 2010), la Escala de autoeficacia para el uso del condón (Brafford & Beck, 1991), la Escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (Espada Guillén-Riquelme, Morales, Orgilés, y Sierra, 2014), Escala de aculturación multigrupo de Stephenson (Stephenson, 2000), la Escala de estigma relacionada con el sida (Kalichman et al., 2005) la Escala de uso de Condón (Milhausen et al., 2007).

Todos los instrumentos reportaron Alpha de Cronbach, con valores aceptables, con rangos de .770 a .957 para el pre-test y rangos que van de 7.26 a .963 en el post-test, los cuales se presentan a continuación en la tabla 9.

Tabla 9

*Consistencia Interna de Instrumentos*

Instrumentos	Sub escalas	No. de ítems	A	
			Pre-test	Post-test
Actitudes hacia el uso del condón		1 al 14	.957	.961
Autoeficacia para el uso del condón		1 al 28	.897	.901
Conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual		1 al 24	.871	.800
Aculturación		1 al 32	.841	.908
	Componente 1	1 al 17	.945	.963
	Componente 2	18 al 32	.780	.910
Estigma relacionado con el sida		1 al 9	.770	.726
Uso de Condón		1 al 6	.807	.785

*Nota:*  $\alpha$  = Alfa de Cronbach

### Respuesta a Hipótesis Planteadas del Estudio.

Para responder a la hipótesis uno, que menciona que los migrantes haitianos que participen en el estudio, reportarán inmersión en la sociedad dominante, se buscó establecer el nivel de inmersión en la sociedad étnica (ISE) o dominante (ISD). Así, en el pre-test, los participantes, presentaron un predominio por la sociedad étnica ( $ISE = 3.27$ ;  $ISD = 2.21$ ), (figura 9). En el Post-test, predominó la inmersión en la sociedad étnica, no obstante, algunos migrantes, reportan un aumento en el puntaje en la ISD ( $ISE = 3.44$ ;  $ISD = 2.72$ ), (figura 10). Estos resultados implican que los migrantes mantuvieron el nivel de aculturación, con tendencia hacia la inmersión de la sociedad étnica. De acuerdo con estos resultados no se rechaza la hipótesis nula.

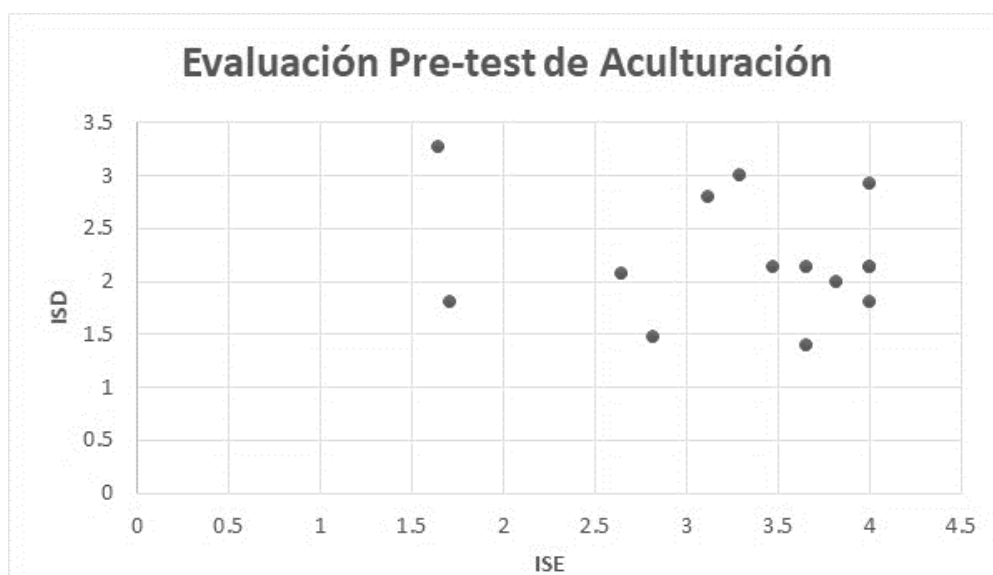
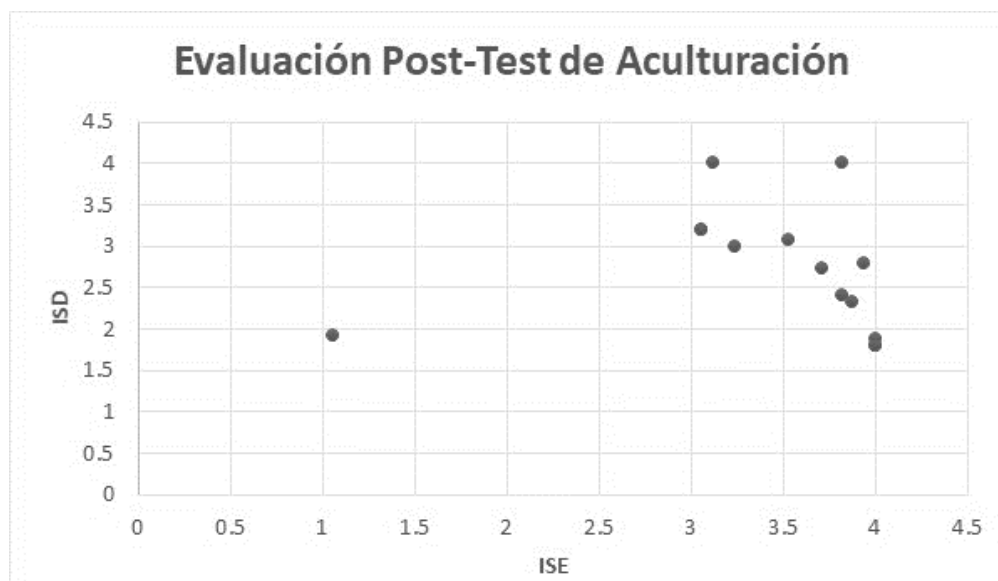


Figura 9. Aculturación de Migrantes Haitianos en Mexicali Pre-test. El gráfico muestra la relación entre la (ISE) o (ISD).



*Figura 10.* Aculturación de Migrantes Haitianos en Mexicali Post-test. El gráfico muestra la relación entre la (ISE) o (ISD).

Para responder las hipótesis dos, tres y cuatro que mencionan, que los migrantes haitianos que participen en el estudio, reportaran un incremento en la media sobre las actitudes masculinas positivas en uso del condón, en la autoeficacia en el uso del condón, y en el conocimiento sobre el VIH, al finalizar la intervención, a todas estas se les realizó la prueba t de Student para muestras relacionadas.

En la variable de actitud masculina ante el uso del condón, los datos muestran que en la medición pre-test, la media de resultado fue de 48.36 puntos, mientras que, en el Pos-test, la media correspondiente fue de 57.14 puntos, lo que implica un aumento en las actitudes positivas hacia el uso del condón. En lo correspondiente a la aplicación de la t de Student para muestras relacionadas, se reporta una  $t = -.902$  ( $p = .383$ ), que implica que aun a pesar de existir una diferencia entre la medición pre test y pos test, la diferencia se reporta como no significativa (Tabla 9), por lo que no se acepta la hipótesis de investigación.

Para la variable nivel de conocimientos sobre VIH-ITS, los resultados reportados, en la prueba pre-test, indican una media de 13.14 puntos que es considerado

un “nivel medio” de conocimiento; mientras que, en el pos-test, se obtuvo una media de 15.86, obteniendo una clasificación de “medio-alto” según la clasificación de la escala; por tanto, un aumento en el nivel de conocimiento. En el análisis de la prueba de  $t$  de Student, se reporta una  $t = -2.584$  ( $p = .023$ ), lo anterior implica que la diferencia, es estadísticamente significativa entre las mediciones, por lo que se rechazan las tres hipótesis nulas (tabla 9).

En la variable autoeficacia del uso del condón, en la puntuación en el pre-test, el grupo de migrantes obtuvo una media de 44.36 puntos, en comparación con el post-test donde se obtuvieron 56.29 puntos. Esta última implica un aumento en el nivel de autoeficacia en el uso del condón. En el análisis de la prueba  $t$  de Student, se reporta una  $t = -1.854$  ( $p = .087$ ). Lo anterior implica que la diferencia entre los puntajes no son significativa (tabla 10); por lo que no se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 10

*Prueba  $t$  de Student para Muestras Relacionadas*

<i>Variable</i>	<i>Pre-test</i>		<i>Post-test</i>		<i>Valor de <math>p</math>.</i>	
	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Actitud masculina ante el uso del condón	48.36	24.87	57.14	25.56	-0.90	.38
Conocimientos sobre VIH-ITS	13.14	4.33	15.86	4.25	-2.58	.02
Autoeficacia del uso del condón	44.36	19.79	56.29	15.70	-1.85	.08

*Nota:*  $\bar{X}$  = Media;  $DE$  = Desviación estándar;  $t$  = Prueba  $t$  de Student;  $p$  = Significancia.

Para responder a la hipótesis número cinco, que menciona que los migrantes haitianos que participen en el estudio piloto de una intervención adaptada culturalmente, mostrarán un decremento en las medias sobre el estigma hacia el VIH, se reporta, que posterior a la revisión del puntaje del instrumento y a la realización de pruebas de

normalidad de los datos, donde el resultado fue la no existencia de esta, se determinó la realización de pruebas no paramétricas, específicamente de la Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

Los resultados de esta variable de estudio en las pruebas pre-test, reportan que el 92.9% de la muestra presenta niveles muy bajos de estigma, con una mediana de 1 punto, para el caso del post-test, la mediana disminuyó al nivel de 0.0 puntos. Este resultado implica una diferencia en las medianas y la disminución en cuanto al estigma relacionado al VIH. En el análisis de la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, se reporta un valor de  $z = -1.723$  ( $p = .085$ ). Este resultado implica que a pesar de existir una disminución en los puntajes la diferencia, no es significativa. De esta forma se no se rechaza la hipótesis nula.

Para lo planteado en la hipótesis número seis que menciona que los migrantes haitianos que participan en el estudio, reportan un incremento en el uso del condón en todos los encuentros sexuales al finalizar la intervención, solamente se evaluó el uso y frecuencia de uso del condón en la población de migrantes haitianos, lo anterior dada la estructura del instrumento. En la tabla 11 y 12 se puede observar la diferencia del uso en dicha población en las mediciones pre-test y post-test.

Con base en los resultados presentados, abordados por cada una de las preguntas del instrumento, se puede establecer que, en cuanto al uso de condón en la última relación sexual con pareja habitual, existe un aumento en el número de personas que hacen uso del condón, que va del 14.6% al 28.6%. Al respecto del uso de condón en la última relación sexual con una pareja que no fuera pareja habitual, no se reporta diferencia en el uso, ya que el porcentaje de personas que hacen uso del condón, se presenta igual en el pre-test y en el post-test (35.7%).

Tabla 11

*Frecuencia de Uso del Condón en Migrantes Haitianos en el Pre-test*

<i>Variable</i>	<i>Pre-test</i>				
	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>DE</i>	<i>V. Min</i>	<i>V. Max</i>
Número de relaciones sexuales en los últimos 30 días	6.64	3.00	7.95	0	20
Número de relaciones en las que se usó condón.	3.21	.00	6.41	0	20
Número de relaciones sexuales con una pareja que no es tu pareja durante los últimos 30 días	2.79	.00	5.42	0	12
Número de relaciones en las que se usó condón.	2.00	.00	4.43	0	15

*Nota: DE =Desviación estándar. V. Min = Valor mínimo; V. Max = Valor máximo.*

Tabla 12

*Frecuencia de Uso del Condón en Migrantes Haitianos en el Post-test*

<i>Variable</i>	<i>Post-test</i>				
	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>DE</i>	<i>V. min</i>	<i>V. Max</i>
Número de relaciones sexuales en los últimos 30 días	5.21	.00	8.63	0	20
Número de relaciones en las que se usó condón.	4.79	.00	8.24	0	20
Número de relaciones sexuales con una pareja que no es tu pareja durante los últimos 30 días	1.86	.00	4.16	0	15
Número de relaciones en las que se usó condón.	1.43	.00	2.79	0	9

*Nota: DE =Desviación estándar; V. min = Valor mínimo; V. máx. = Valor máximo.*

Con base en los resultados presentados, se establece que, en cuanto al uso de condón en la última relación sexual con pareja habitual, existe un aumento en el número de personas que usan el condón, que va del 14.6% al 28.6%. Al respecto del uso de



condón en la última relación sexual con una pareja que no fuera la habitual, no se reporta diferencia en el uso, ya que el porcentaje es igual en el pre-test y post-test (35.7%). En cuanto al uso del condón en las relaciones sexuales de los últimos 30 días con la pareja habitual, hay un aumento del uso, del pre-test al post-test, pasando de una media de 3.21 a 4.79. Para el caso del uso del condón en las relaciones sexuales con una pareja que no fuera la pareja habitual, se reporta una disminución en la media de uso, pasando de una media de 2.0 a una media de 1.43, respectivamente. Basado en lo anterior y de acuerdo al objetivo general, se logró incrementar el uso del condón en los migrantes haitianos posterior al proceso de adaptación de la intervención.

## Capítulo IV

### Discusión

Este capítulo presenta la discusión de los resultados del proceso de adaptación cultural de la intervención “HoMBReS” para incrementar el uso del condón en migrantes haitianos en México. En primer lugar, se aborda la discusión sobre las percepciones y creencias de las personas migrantes haitianas sobre el uso del condón y el VIH, en segundo lugar, lo relacionado al proceso de adaptación cultural de la intervención. En tercer lugar, se realiza la discusión de los objetivos de aceptabilidad y factibilidad. En cuarto lugar, se abordaron los resultados sociodemográficos y, en quinto lugar, la discusión de las hipótesis propuestas.

#### **Percepciones y Creencias Sobre Uso del Condón y VIH**

Como parte de los resultados del abordaje cualitativo en la comunidad de migrantes haitianos, resalta la percepción del uso del condón, la cual recae, en el no uso, por factores como lo es: el acceso a los condones, la religión, la educación, y la confianza con la pareja sexual. Esto coincide con la literatura previa, en donde se considera que los preceptos fidelidad y conocimiento de la vida sexual de la pareja, determinan el uso del condón (Centers for Disease Control and Prevention, 2020; Kuehne et al., 2018).

Se destaca que la preocupación principal en cuanto a la salud sexual no está enfocada a la infección de una ITS, si no al tema del embarazo o nacimiento de hijos, ya que esto tendría una repercusión de índole socio-económico, que podría truncar el objetivo de seguir migrando. Al respecto del embarazo, la literatura se enfoca, en mayor medida, a la experiencia de mujeres migrantes, no estableciendo de forma clara la relación entre la migración y la paternidad, ya sea antes, durante o después del tránsito.

También de relevancia, es la experiencia en el acceso a servicios de salud en general y salud sexual en particular, durante el tránsito al país destino; pues esta atención, depende en gran medida de las políticas, programas o estrategias enfocadas a

esta población (OPS, 2019) . La literatura al respecto refiere que países como Chile, Brasil y México, han desarrollado estrategias de cuidado por medio de planes o programas específicos para la atención en materia de salud sexual (Chepo, Astorga-Pinto, & Cabieses, 2019; Fernández-Niño y Navarro-Lechuga, 2018; Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2020). Diagnósticos previos sobre el acceso a servicios de salud por parte de la población migrante, consideran, que la calidad de los servicios otorgado va de mala a regular, además de ser diferente e incómoda en comparación con usuarios nacionales (López, 2014) . Dichos resultados concuerdan con algunas de las experiencias de los migrantes haitianos, particularmente en los servicios de salud públicos en México; planteando un escenario de incertidumbre sobre la salud y el bienestar futuros.

La Percepción de discriminación hacia la población de migrantes haitianos en México (Mexicali), se hace manifiesta por el estado migratorio, el color de piel e incluso, en el acceso a servicios salud. Esto concuerda con la vivencia de migrantes haitianos en Chile, la presencia de discursos discriminadores y xenofóbicos, en el que se establece la premisa, que derecho a la protección a la salud, debería ser restringido, para favorecer la atención exclusiva de ciudadanos (Chepo, 2020).

Esta situación pone en perspectiva, la necesidad de ampliar y clarificar los derechos en salud de poblaciones migrantes, pues se torna como una condicionante a mediano plazo, para no cumplir con los objetivos de llegar al país o ciudad destino (Luengo et al., 2021). Estos hallazgos están relacionados con los temas que han abordado expertos en términos de la salud colectiva en poblaciones migrantes, como es el concepto de vulnerabilidad estructural, en el que se experimenta sufrimiento físico-psicológico en determinado colectivo, producto de explotación sexual, de género, racial y cultural (CDC, 2020).

Finalmente, es de destacarse que las creencias personales y religiosas sobre el uso del condón, cobran gran relevancia en el migrante haitiano, sobre todo en materia de

reproducción, lo que derivó en expresiones y acciones de no uso del condón, a pesar de contar con una capacitación para aprender a usarlo. Esto concuerda con lo mencionado por Zubieta et al. (2020), quien refiere que existen creencias en esta población, de que el uso del condón puede ser perjudicial para la salud.

### **Adaptación Cultural de la Intervención**

El uso del modelo de competencia cultural de Purnell (2000) , fue de gran importancia para la construcción de la etapa de valoración del proceso de adaptación según McKleroy et al. (2006), es así, que el análisis de las experiencias y conocimientos planteados en las entrevistas, explican y fortalecen, las necesidades de la población y las adaptaciones realizadas (número de sesiones, contenido, terminología, forma de abordaje etc.). Con este proceso, el investigador logro el aumento progresivo en el conocimiento sobre la cultura de la comunidad haitiana migrante, logrando ser conscientemente competente, en temas como: la construcción del fenómeno del VIH y uso del condón en el imaginario del migrante haitiano, el reconocimiento de la estructura organizacional de las personas migrantes, los procedimientos culturales apropiados para abordar a la comunidad y la comprensión de la importancia de los líderes sociales y espirituales en este grupo.

Lo anterior, coincide con lo reportado por López-Díaz et al. (2018), que refiere que existe una necesidad de conocimiento sobre la atención culturalmente competente, además de recomendar la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva con enfoque y competencia intercultural. Por otro lado Chae, Kim, Kim, Lee, y Park, (2020), refieren que los pacientes reportan satisfacción y confianza en el desarrollo de intervenciones que utilizan la competencia cultural.

De lo reportado en el proceso de adaptación, es importante mencionar que el dominio del idioma español en términos de comunicación oral, no fue considerado por las personas migrante haitianas, como una barrera para participar en la intervención, situación que llevó a desarrollar a la intervención en español, sin embargo, durante el

proceso de aplicación y de recolección de la información, los aspectos de lecto-escritura del español se presentaron como una barrera en el llenado de los instrumentos. En la literatura, las diferencias en el dominio del idioma son reportadas como un obstáculo en temas de acceso a la salud, integración laboral, o en los aspectos socio-personales (Coulange & Castillo, 2020; Pombo, 2018).

De esta forma la aplicación de la competencia cultural en el proceso del desarrollo de intervenciones, para este caso particular sobre temas de salud sexual, se presenta como una necesidad al abordar a poblaciones culturalmente diferentes; lo anterior, con el fin de evitar dificultades y sesgos, e incluso, como un elemento clave en la efectividad de las intervenciones con enfoque comunitario, esto explicado por el hecho de que la conducta de las personas es aprendida y desarrollada en un contexto cultural (Martínez, Martínez, & Calzado, 2006).

En términos generales, considerando la experiencia en el proceso de adaptación cultural, la relación y convivencia con los miembros de la comunidad haitiana, los resultados de dicho proceso, se puede inferir que el proceso de adaptación cultural fue satisfactorio en términos de la amplitud de la competencia cultural para el desarrollo del estudio piloto.

### **Factibilidad de Estudio**

Posterior al análisis de los datos se puede determinar que el estudio piloto de la intervención “HoMBReS”, adaptada culturalmente para el aumento del uso de condón en migrantes haitianos en México, es aceptable, en términos del cumplimiento de los indicadores planteados de: acceso, reclutamiento, desarrollo de la intervención, retención y asistencia. En este sentido, respecto al reclutamiento debe mencionarse, que los mismos miembros de la comunidad, fueron quienes refirieron el acercamiento a la asociación de migrantes y a la iglesia cristiana, estas acciones coinciden con lo establecido por Colmenares (2012), en cuanto a que la participación de la población en los proceso de investigación (Metodología de investigación-acción participativa), en la

que se empodera a la población en la solución de las problemáticas. En el contexto de la iglesia cristiana, el reclutamiento fue mucho más sencillo, ya que el líder espiritual invitaba a la participación de los miembros de su congregación. Por su parte, en las instalaciones de la asociación, la dinámica social era diferente, ya que este era un punto de esparcimiento y distracción para migrantes haitianos más jóvenes.

En cuanto a los motivos referidos para no participar en la intervención, se destacan, el no contar con el tiempo en los horarios establecidos, el no tener interés general en el tema a desarrollar, el que la intervención no ofrecía un documento legal que pudiera al migrante permitir trabajar en territorio mexicano y por último el que esta desarrollara un tema sensible desde un punto de vista religioso. En este sentido, la participación del líder espiritual se dio en todas las sesiones de los diversos grupos intentando mediar algunos temas como fue el caso del embarazo y el uso de la fe en la curación/recuperación de enfermedades.

Ante el tema de la participación de líderes religiosos, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (2016), menciona que las instituciones religiosas han sido de gran relevancia en la lucha contra el VIH. Por su parte la Organización de las Naciones Unidas, reconoce que las iglesias, tienen la responsabilidad de ser líderes y ejemplos del cumplimiento de ese deber, particularmente en el caso del VIH, reconociendo de igual forma el abordaje de muchos líderes religiosos en el tema. No obstante debe de considerarse de igual forma que la literatura menciona que la religiosidad puede ser un factor o protector o de riesgo, centrándose este último en el no uso del condón (Shaw & El-Bassel, 2014).

En cuanto al desarrollo de la intervención, un elemento de relevancia es la aculturación, la cual se entiende como el proceso de adaptación a los cambios que experimenta las personas, por la convivencia con los elementos y miembros de una cultura diferente (Redfield, Linton, & Herskovits, 1935). Es así como, considerando el contacto de los migrantes haitianos al español, se pudo entender por qué consideraron el

desarrollo de la intervención en español y no en kreyòl haitiano. Según lo establece Portes y Rambauaut (2001), esto puede explicarse por el esfuerzo de los miembros de la comunidad en asumir completamente el idioma y la cultura del país receptor.

Otro punto que destacar respecto al desarrollo de la intervención es el asociado a la estructura física del sitio de aplicación, pues las instalaciones de la iglesia en donde se llevó a cabo, sirven como lugar de culto principal y hogar de una gran cantidad de miembros de la comunidad, además de ser albergue para los migrantes de recién arribo a la ciudad. Esta situación derivó a que, en diversas ocasiones, existieran distracciones por la llegada o salida de los miembros de la comunidad. En este mismo sentido, la falta de ventiladores y aires acondicionados fueron una desventaja en la aplicación de las sesiones, pues se presentaron temperaturas, superiores a los 30 grados, situación que complicó el desarrollo de la intervención. Al ser un espacio dentro de la comunidad y al no tener el control del funcionamiento general de este, no se pudo controlar las variables antes mencionadas, tal y como es sugerido por Gitlin y Czaja (2016).

Adicionalmente la contingencia por la COVID-19, representó un reto en la logística y aplicación de la intervención, pues, tanto el inicio, la modalidad de entrega, el acercamiento a la comunidad e incluso la convivencia dentro de las actividades sufrieron cambios. Se destaca que, con la finalidad de salvaguardar la salud de los participantes en todo momento, se recordaron las medidas de seguridad e higiene. Todo lo anterior se considera un factor de relevancia que influyó en el resultado final de la intervención.

### **Aceptabilidad del Estudio**

Se puede determinar que el estudio piloto fue aceptable en términos de lo que se recabó en el instrumento que se aplicó, lo que se confirma anteponiendo que el 75% de la población participante, consideró la intervención de su agrado. En cuanto a la utilidad de los contenidos de la intervención, poco menos de la mitad de los participantes refirió que los contenidos fueron algo útiles. Lo anterior concuerda con lo reportado por

Zubieta et al. (2020), quienes refieren que los abordajes en salud sexual y reproductiva generan preocupación en la población masculina de hombres haitianos.

Otro punto que discutir es el interés que los participantes presentaron por la intervención, un punto que dificultó el uso del condón fueron las creencias religiosas. Lo anterior concuerda con lo reportado por Gueter (2018), quien afirma que variables como edad, nivel educativo, estado marital y religión, son factores significativos para el uso del condón en la población de hombres haitianos.

Respecto a los diversos motivos por los cuales los participantes no asistieron a algunas de las sesiones, están las relacionadas a la salud y a motivos económicos. Al respecto de esta situación, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas (2015), señala que las condiciones de vida de los migrantes, especialmente quienes se encuentran en tránsito son inadecuadas, ya que carecen de los medios económicos para solventar gastos de tipo básico. Esta situación se torna más compleja al reconocer las actividades laborales de los participantes, siendo estas de baja remuneración económica, entre las que se destacaron: trabajadores en fábricas, cargadores de productos en mercados y choferes.

Además (Ruiz, 2016), en un estudio menciona que para mantener un ingreso económico, los migrantes recurren, incluso al auto empleo o al trabajo autónomo, ya que el acceso a un trabajo mejor remunerado requiere de permisos especiales, para los cuales han presentado barreras y retrasos en la entrega por parte de las instituciones mexicanas.

### **Datos Sociodemográficos**

Se reporta la media de edad 34 años, lo anterior coincide con estudios similares en Brasil (Saint-Val & Wendland, 2020), esta situación refleja que la intención de migrar está centrada en personas en edad productiva, y económicamente activas, con un enfoque hacia las actividades laborales, en la que se debe de considerar como elemento relevante el grado máximo de estudios, que en este estudio se reporta con una mayoría en estudios de secundaria; lo anterior coincide en el contexto chileno, en el que una



muestra pequeña de un estudio cualitativo, refiere que poco menos del 40% cuenta con este mismo nivel de estudios (Valenzuela et al., 2014). La literatura es vasta en cuanto a determinar la religión de migrantes haitianos en diversos contextos en el mundo, ya que identifica a creencias de tipo católico, cristiano e incluso vudú, tal y como se menciona en los resultados cualitativos (Aparecida & Cardin, 2013).

Otra variable es el acceso a servicios de salud. La literatura refiere los esfuerzos internacionales por lograr la universalidad en salud, sin embargo, como fue mencionado anteriormente, esta depende en gran medida de los programas específicos que estén dirigidos a las poblaciones migrantes en cada uno de los países. Aunque los resultados de este estudio demuestran que la mayoría de los migrantes cuenta con servicios públicos de salud, el acceso efectivo, real e intercultural, sigue siendo un reto para los sistemas de salud de los países que los reciben (OPS, 2019).

### **Resultados del Estudio Piloto**

De los resultados encontrados, al respecto de la hipótesis uno, que menciona que los migrantes haitianos que participen en el estudio, reportan una inmersión en la sociedad dominante, al finalizar la intervención, se puede mencionar, que aun a pesar de que muchos participantes tienen en promedio cinco años migrando y que incluso, otros han transitado hasta por 10 países, la mayoría de los participantes presentan un grado de inmersión a la cultura étnica, es decir que mantienen usos, costumbres y creencias que se dan en el entorno cultural de Haití. En este sentido, un estudio desarrollado en esta misma población, refiere el análisis de la aculturación, en migrantes ya establecidos en el país destino y con al menos, 10 años de residencia ( Sabenam, Umer, Commodore-Mensah, Davidov, & Abildso, 2019). Esta situación podría explicar el arraigamiento del migrante a su cultura de origen, considerando que las culturas en tránsito no son el objetivo migratorio.

De la misma forma, Díaz (2020) considera que migrantes haitianos en Chile, desarrollan actividades de adaptación en la cultura dominante en lo general, mientras

que en lo particular dentro de su grupo fortalecen la identidad y las costumbres haitianas, proceso que es denominado “Multiculturalismo”. Es por eso, que en el abordaje de esta variable debe de considerarse los factores de ir de una cultura a otra (tránsito) para explicar de mejor forma el proceso de aculturación. Finalmente es importante mencionar que el resultado obtenido en este estudio, discrepa con los resultados de un análisis en el contexto brasilero, en el que refieren que la comunidad de migrantes haitianos reportó una orientación aculturativa de integración a la comunidad de Río Grande do Sul (Weber, Brunnet, Lobo, Simonetti, & Pizzinato, 2019).

En lo correspondiente a la Hipótesis dos, que menciona que los migrantes haitianos que participen en el estudio, presentan un incremento en la media reportada sobre las actitudes masculinas en uso del condón, al finalizar la intervención, este estudio reporta, que dichas actitudes ante el condón, aumentan en la población haitiana, siendo relevante que dicha mejora no es significativa. Eguiluz-Cárdenas, Torres-Pereda, & Allen-Leigh (2013), presentan las percepciones del uso de condón y e ITS VIH, en población migrante mexicana, donde refieren que posterior a la migración existe la intención de usarse, derivado de las experiencias y conocimientos adquiridos en el tránsito. En este sentido es importante mencionar que los migrantes han experimentado durante el trayecto diversos acercamientos en términos de prevención del VIH y el uso del condón, lo que pone en perspectiva la sensibilización al respecto de este tema.

Para la hipótesis tres que menciona que los migrantes haitianos que participen en el estudio, reportan un incremento en la media sobre la autoeficacia en el uso del condón, al finalizar la intervención, la diferencia en las medias, presentan un aumento al post-test, sin embargo, este tampoco es significativo. Dicho aumento coincide con una intervención de referencia, la cual reporta que este se dio posterior a la aplicación de intervenciones a los tres meses (Wingood et al., 2011). Otros estudios en migrantes en la frontera norte de México y sur de Estados Unidos, mencionan que el aumento en el uso del condón se relaciona con la autoeficacia (Guerra, 2017; Knipper et al., 2007).

Respecto de la hipótesis cuatro, que plantea que los migrantes haitianos que participen en el estudio presentan un incremento en la media reportada en el conocimiento sobre el VIH al finalizar la intervención, se reporta que las diferencias del pre-test al post-test, aumentaron y son significativas, lo que implica un aumento del conocimiento sobre la variable de estudio. Este resultado concuerda con lo reportado con la intervención de referencia aplicada a hombres latinos (Rhodes, Leichter, Sun, & Bloom, 2016). Malow et al. (2009), en el desarrollo de una intervención a migrantes haitianos, reportan, un aumento en el conocimiento sobre el VIH/sida, el cual estuvo correlacionado a la variable intención del uso del condón.

Por su parte, Hens, McCoy, & DiClemente (2006), reporta que la población haitiana con mayor tiempo en el país objetivo, presenta un mayor nivel de conocimiento sobre el VIH. De esta forma se evidencia que la consideración de otras variables puede promover un aumento mayor de conocimiento.

En la hipótesis cinco, que refiere que los migrantes haitianos que participen en el estudio, reportan un decremento en la media sobre el estigma hacia el VIH, es importante evidenciar, que los valores recolectados en las mediciones pre-test son bajos; lo que implicó que estos mismos, posterior a la intervención, disminuyeran, reportando una diferencia significativa entre mediciones. Al respecto, (Derose, Kanouse, et al., 2016) reporta que el nivel de estigma es menor cuando existe el precedente de conocer a alguien con VIH, esto en una muestra de afroamericanos pertenecientes a diversos grupos religioso (Católicos, Protestantes y Bautistas). Por el contrario Reif et al. (2019) mencionan, que dentro de la población haitiana existe un intenso estigma hacia las personas que viven con VIH, lo que ha desencadenado el aislamiento social de las personas que viven con esta enfermedad; expresiones similares fueron reportadas por los migrantes haitianos en el abordaje cualitativo del presente estudio.

La literatura muestra también, que migrantes haitianos que viven con VIH y que radican en Estados Unidos, presentan variaciones sobre el estigma al VIH, las cuales

están centradas en la carga viral de personas que viven con esta enfermedad, de esta forma, quienes presentan niveles detectables de carga viral, son estigmatizados y discriminados por el mismo grupo.

En lo referente a dar respuesta al objetivo general que, que plantea el aumento del uso del condón posterior al proceso de adaptación de la intervención, se puede mencionar que se logró aumentar el porcentaje de uso del condón, en los hombres que tuvieron relaciones con su pareja habitual. Este hallazgo coincide con lo reportado en la intervención original de la cual se realizó el proceso de adaptación (Rhodes, Leichter, Sun, y Bloom, 2016). Por su parte Saint-Val y Wendland (2020) indican que poco menos de la mitad de la muestra de un estudio realizado en Brasil, usó condón en la última relación sexual en un contexto en el que una gran parte de la población contaba con parejas informales (Saint-Val & Wendland, 2020). Gueter (2018), menciona que el uso del condón está relacionado a factores como edad, estado civil, religión, estado laboral, inicio de la vida sexual y realización de una prueba de VIH.

### **Conclusiones**

El desarrollo de la adaptación cultural de la intervención “HoMBReS” para incrementar el uso del condón en migrantes haitianos en México, aumentó significativamente el conocimiento sobre VIH-ITS, mientras que, en el caso de actitudes y autoeficacia, el aumento no fue significativo. Respecto al estigma, se dio una disminución en los parámetros reportados, sin embargo, tampoco fue significativa; no obstante, desde un enfoque cualitativo, fortalece y empodera al migrante en el tema de salud sexual.

Debe de considerarse, la realización de un abordaje cualitativo, que permita un acercamiento a las necesidades culturales, personales y de salud, de esta y otras comunidades migrantes. En este proceso de reconocimiento, se destaca que la religión, idioma y estado migratorio, se sitúan como variables que influyen en el uso del condón y

el acceso a servicios de salud; lo cual impacta y refuerza a los resultados de tipo cuantitativo.

El uso del modelo de competencia cultural, fomentó un aprendizaje progresivo, tanto de la cultura del migrante haitiano, como de las percepciones y creencias en torno al uso de condón. Todo lo anterior, desarrollado en una constante transformación cultural dentro del proceso de la migración. Por lo que la utilización de esta herramienta fue de gran utilidad para ampliar y mejorar la competencia en salud intercultural.

Adicionalmente, la condición migratoria y el objetivo migratorio fueron consideraciones fundamentales en la aplicación de la intervención, pues en su mayoría la población migrante espera la primera oportunidad para continuar el camino, situación que determino la necesidad de ajustar tiempos y contenidos en este proyecto. Lo anterior se relaciona con las deserciones y abandono durante las sesiones de la intervención, así como con la dificultad para poder dar seguimiento o mantener la participación de los miembros de la comunidad de migrantes haitianos.

Un elemento de gran importancia para el proceso de adaptación, fue el idioma, el cual no fue manifestado como una barrera para la aplicación, sin embargo, este resultó ser fundamental; ya que el dominio del idioma español, por parte de la comunidad migrante haitiana, es de tipo conversacional básico, reflejando debilidades para la lecto-escritura. En este sentido, se vuelve necesario que, en una población de migrantes con un predominio hacia la cultura étnica, se realice la aplicación de instrumentos en su idioma materno, guiados por miembros su misma comunidad.

Cabe desatacar, que el desarrollo de este estudio piloto, posiciona al investigador, como un amigo de la comunidad, además de una figura de apoyo y asesoramiento en temas de salud e integración social, lo que podría ser un elemento que facilitaría el desarrollo y aplicación de proyectos futuros con esta comunidad.

## **Limitaciones**

Es necesario destacar que todo el proceso de recolección de datos se dio de forma presencial, en un contexto en el que el virus SARS-COV2, causante de la enfermedad COVID-19, desató una pandemia, limitando de esta forma el alcance a la población; adicionalmente, el cambio de las políticas migratorias de los Estados Unidos, (como consecuencia del cambio de presidente en este país), promovieron el cruce fronterizo, de una gran cantidad de migrantes que estaban esperando respuesta a solicitudes de apoyo humanitario, situación que complicó el acceso y permanencia de los miembros de esta comunidad a este proyecto.

Aunque existió una buena participación en el reclutamiento, durante el desarrollo de la intervención, la cantidad de participantes disminuyó, lo que pone en perspectiva como una limitación, el tamaño de la muestra; no obstante, será necesario mejorar la dinámica de trabajo y confianza con la comunidad, para que, en el desarrollo de un estudio controlado aleatorizado, la comunidad de migrantes siga participando.

Finalmente, en la literatura previa, la recomendación del desarrollo de intervenciones por género resultó efectiva; en la experiencia del presente estudio, esta resultó una limitante, pues existió, bastante interés de mujeres haitianas, en participar dentro de este proyecto, situación que debe de considerarse como un factor para aumentar el tamaño de la muestra.

## **Recomendaciones**

Continuar el trabajo y acercamiento con la comunidad migrante haitiana, ya que, al establecerse un corredor migratorio en la frontera noroeste de México, la afluencia de migrantes haitianos será continua. De esta forma, se considera, se presentarán escenarios para mejorar, la aplicación de la intervención “HoMBReS”, adaptada culturalmente para incrementar el uso de condón en migrantes haitianos en México.

Promover en todo proyecto que se desarrolle con comunidades culturalmente diferentes, un acercamiento de tipo cualitativo para identificar las creencias y

necesidades en salud de dichos grupos, por medio del uso de referentes teóricos o modelos que guíen al investigador, sobre el tema de la competencia cultural, evitando centrarse exclusivamente en la adaptación de instrumentos al idioma, como proceso de adaptación cultural.

Contar con dominio del idioma de la comunidad haitiana migrante, (Kreyol), además de mantener comunicación directa con los líderes de la comunidad, ya sean estos sociales y espirituales. Además de cumplir con los acuerdos realizados con la comunidad, en aras de mantener la confianza obtenida por el trabajo realizado.

Contar con financiamiento económico que permita fortalecer las estrategias de retención, una vez iniciado el proceso de aplicación de la intervención.

Buscar proveer orientación sobre los lugares que pueden ofrecer apoyo social u orientación sobre el estado migratorio, además de aquellos otros sitios que ofrezcan capacitación para el desarrollo de actividades laborales.

Desarrollar proyectos que identifiquen las creencias y percepciones en la relación religión- uso del condón y mantener presente, en el desarrollo de las intervenciones, el abordaje del estigma y la prevención de la discriminación.

Desarrollar un estudio controlado aleatorizado para evaluar la efectividad de la intervención.

## Referencias

- Alarcón, A. R., & Ortiz, E. C. (2017). Los haitianos solicitantes de asilo a Estados Unidos en su paso por Tijuana. *Frontera Norte*, 29(58), 171–180. Recopilado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/fn/v29n58/0187-7372-fn-29-58-00171.pdf>
- Álvarez, Y. I., Alemán, S. M., & González, C. C. (2011). Efecto de la migración y del comportamiento sexual en la incidencia del VIH-SIDA entre migrantes mexicanos Migration and sexual behavior effects on HIV infection among Mexican migrants to the USA Autor responsable de la publicación. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, 31(3), 98–104. Recopilado de: <http://www.censida>.
- Anderson, L. P. (1991). Acculturative stress: A theory of relevance to black Americans. *Clinical Psychology Review*, 11(6), 685–702. Recopilado de: [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90126-F](https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90126-F)
- Aparecida, C. M., & Cardin, E. G. (2013). *OS MIGRANTES HAITIANOS E A INSERÇÃO SOCIAL NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR* (Vol. 53). Recopilado de: <https://www.eventos.ufpr.br/semanarq/semanarq2017/paper/view/1079>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Recopilado de: <https://psycnet.apa.org/record/1985-98423-000>
- Bandura, A. (1994). *Social Cognitive Theory and Exercise of Control over HIV Infection*. Recopilado de: [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1193-3\\_3](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1193-3_3)
- Bandura, A. (2005). *A evolução da teoria social cognitiva*. Recopilado de: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5002687/mod\\_resource/content/1/Cap\\_01\\_Bandura\\_Teoria\\_Social\\_Cognitiva.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5002687/mod_resource/content/1/Cap_01_Bandura_Teoria_Social_Cognitiva.pdf)
- Bandura, A., & McClelland, D. (1977). *Social learning theory*. Recopilado de:



[https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=rGMPEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA141&dq=Bandura,+A.+\(1977\).+Social+learning+theory:+Prentice+Hall.&ots=StGVHe\\_McD&sig=\\_xD1Jxf1rfMq4qzjuWPXE4qsoXY](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=rGMPEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA141&dq=Bandura,+A.+(1977).+Social+learning+theory:+Prentice+Hall.&ots=StGVHe_McD&sig=_xD1Jxf1rfMq4qzjuWPXE4qsoXY)

Blumenthal, J., Jain, S., Mulvihill, E., Sun, S., Hanashiro, M., Ellorin, E., ... Sheldon, M. (2018). *HIV Risk Perception Among Men who have Sex with Men (MSM): A Randomized Controlled Trial*. Recopilado de:  
[https://www.natap.org/2018/CROI/croi\\_182.htm](https://www.natap.org/2018/CROI/croi_182.htm)

Bockting, W. O., & Kirk, S. (2014). Transgender and HIV. In *Transgender and HIV*. Recopilado de: <https://doi.org/10.4324/9781315786230>

Brafford, L. J., & Beck, K. H. (1991). Development and Validation of a Condom Self-Efficacy Scale for College Students. *Journal of American College Health*, 39(5), 219–225. Recopilado de:  
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07448481.1991.9936238>

Burns, N., & Grove, S. K. (2004). *Investigación en Enfermería* (Tercera; Elsevier España, Ed.).

Castaño, P. G., Arango, T. E., Morales, M. S., Rodríguez, B. A., & Montoya, M. C. (2013). Risks and consequences of the sexual practices in adolescents under the effects of alcohol and other drug consumption. *Revista Cubana de Pediatría*, 85(1), 36–50. Recopilado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubped/cup-2013/cup131e.pdf>

Castro, Á., Bermúdez, M. P., Buela-Casal, G., & Madrid, J. (2011). Variables psicosociales que median en el debut sexual de adolescentes en España. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(1), 83–94. Recopilado de:  
<http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/rlpsi/article/view/178/452>

Ceballos, Li. S. E., Carbajal, S. G., Arellanos, J. Y., Ramírez, L. G., Gonzalez, C. A., & Martínez, G. A. (2019). Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH, Informe histórico VIH-SIDA cierre 2019. In *Dirección De Vigilancia Epidemiológica De Enfermedades Transmisibles*. Recopilado de:  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/578477/Informe\\_Hist\\_rico\\_2020\\_DVEET\\_VIH-Sida\\_Cierre\\_2019.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/578477/Informe_Hist_rico_2020_DVEET_VIH-Sida_Cierre_2019.pdf)

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Facts about HIV Stigma | HIV Basics | HIV/AIDS | CDC. Recopilado de: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-stigma/index.html>

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. (2013). *Programa de Acción Específico. Respuesta al VIH, SIDA e ITS*. Recopilado de:  
[http://www.ccinshae.salud.gob.mx/descargas/presidencia/PAEIS\\_2013-2018\\_Version\\_Electronica\\_11-II-\\_2015.pdf](http://www.ccinshae.salud.gob.mx/descargas/presidencia/PAEIS_2013-2018_Version_Electronica_11-II-_2015.pdf)

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. (2019). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH / SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 2do . Trimestre de 2019. *Secretaría de Salud*, 23.  
 Recopilado de:  
[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN\\_2do\\_trim\\_2016.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2do_trim_2016.pdf)

Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [CDC]. (2018). *COMPENDIUM OF EVIDENCE-BASED INTERVENTIONS AND BEST PRACTICES FOR HIV PREVENTION RISK REDUCTION (RR) CHAPTER-HoMBReS HoMBReS: HOMBRES MANTENIENDO BIENESTAR Y RELACIONES SALUDABLES Best Evidence-Risk Reduction INTERVENTION DESCRIPTION*. Recopilado de:  
[https://www.cdc.gov/hiv/pdf/research/interventionresearch/compendium/rr/cdc-hiv-hombres\\_best\\_rr.pdf](https://www.cdc.gov/hiv/pdf/research/interventionresearch/compendium/rr/cdc-hiv-hombres_best_rr.pdf)

- Chae, D., Kim, J., Kim, S., Lee, J., & Park, S. (2020). Effectiveness of cultural competence educational interventions on health professionals and patient outcomes: A systematic review. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(3), 1–16. Recopilado de: <https://doi.org/10.1111/jjns.12326>
- Chepo, C. M. (2020). Percepción de los derechos de salud para la población migrante en Chile: análisis desde Twitter. *Gac Sanit*, 1–6. Recopilado de: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.08.005>
- Chepo, M., Astorga-Pinto, S., & Cabieses, B. (2019). Atención inicial de migrantes en Chile: iniciativa en atención primaria de salud a un año de su implementación. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, 1. Recopilado de: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2019.71>
- Chowdhury, D., Saravanamurthy, P. S., Chakrabartty, A., Purohit, S., Iyer, S. S., Agarwal, A., ... Mishra, P. (2018). Vulnerabilities and risks of HIV infection among migrants in the Thane district, India. *Public Health*, 164, 49–56. Recopilado de: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.07.019>
- Colmenares, A. M. (2012). Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción. *Revista Latinoamericana de Educacion*, 3(1), 102–105. Retrieved from <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.18175/vys3.1.2012.07>
- Colmex Digital. (2018). *Haitianos en México / Parte 1 - Contexto - YouTube*. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=60f41BajYgM>
- Connors, E. E., Swanson, K., Morales-Miranda, S., Fernández Casanueva, C., Mercer, V. J., & Brouwer, K. C. (2017). HIV Risk Behaviors and Correlates of Inconsistent Condom Use Among Substance Using Migrants at the Mexico/Guatemala Border.

*AIDS and Behavior*, 21(7), 2033–2045. Recopilado de:

<https://doi.org/10.1007/s10461-017-1726-5>

Coulange, M. S., & Castillo, M. Á. (2020). Integración de los inmigrantes haitianos de la oleada a México del 2016. *Frontera Norte*, 32(11), 1–23. Recopilado de:

<https://doi.org/10.33679/rfn.v1i1.1964>

Denner, J., Organista, K. C., Dupree, J. D., & Thrush, G. (2005). Predictors of HIV transmission among migrant and marginally housed Latinos. *AIDS and Behavior*, 9(2), 201–210. Recopilado de: <https://doi.org/10.1007/s10461-005-3901-3>

Dennis, A. M., Wheeler, J. B., Valera, E., Hightow-Weidman, L., Napravnik, S., Swygard, H., ... Eron, J. J. (2013). HIV risk behaviors and sociodemographic features of HIV-infected Latinos residing in a new Latino settlement area in the Southeastern United States. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 25(10), 1298–1307. Recopilado de: <https://doi.org/10.1080/09540121.2013.764964>

Derose, K. P., Griffin, B. A., Kanouse, D. E., Bogart, L. M., Williams, M. V., Haas, A. C., ... Stucky, B. D. (2016). Effects of a Pilot Church-Based Intervention to Reduce HIV Stigma and Promote HIV Testing Among African Americans and Latinos. *AIDS and Behavior*, 20(8), 1692–1705. Recopilado de: <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1280-y>

Derose, K. P., Kanouse, E. D., Bogart, M. L., Griffin, B. A., Haas, A., Stucky, B. D., ... Flórez, K. R. (2016). Predictors of HIV-related stigmas among African American and Latino religious congregants. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*, 22(2), 185–195. <https://doi.org/10.1037/cdp0000062>. Predictors

Dias, S., Marques, A., Gama, A., & Martins, M. O. (2014). HIV risky sexual behaviors

- and HIV infection among immigrants: A cross-sectional study in Lisbon, Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(8), 8552–8566. Recopilado de: <https://doi.org/10.3390/ijerph110808552>
- Díaz, E. M. A. (2020). El caso de los inmigrantes haitianos en la comuna de Petorca: procesos entre lo multi e intercultural. *Revista F@ro*, 1(31), 94–112. Recopilado de: <http://revistafaro.cl/index.php/Faro/article/view/623/589>
- Dobra, A., Bärnighausen, T., Vandormael, A., & Tanser, F. (2017). Space-time migration patterns and risk of HIV acquisition in rural South Africa. *Aids*, 31(1), 137–145. Recopilado de: <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001292>
- Domínguez-Chávez, C. J. (2019). Entrenamiento Físico Y Musicoterapia: Estimulación Para El Estado Cognitivo Y Marcha En Adultos Mayores (Universidad Autonoma de Nuevo Leon). Retrieved from <http://eprints.uanl.mx/17044/>
- Du, H., & Li, X. (2015). Acculturation and HIV-related sexual behaviours among international migrants: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 9 (1), 103–122. Recopilado de: <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.840952>
- Duque, D., Ariza, A., Gaona, C., & Medina, Ó. (2015). Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes escolares en la ciudad de Armenia, Colombia. *Archivo Médico de Camagüey*, 19(6), 568–576. Recopilado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552015000600003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000600003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Ebrahim, N. B., Davis, S., & Tomaka, J. (2016). Correlates of Condom Use Among Somali and Ethiopian Immigrants in the U.S. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(5), 1139–1147. Recopilado de: <https://doi.org/10.1007/s10903-015->

- Eguiluz-Cárdenas, I., Torres-Pereda, P., & Allen-Leigh, B. (2013). Percepciones sobre uso de condón e ITS/VIH: migrantes y no-migrantes de México a EE. UU. *Revista Latinoamericana En Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(2), 515–526.  
Recopilado de: <https://doi.org/10.11600/1692715x.1124080213>
- Ertl, M. M., Dillon, F. R., Cabrera Tineo, Y. A., Verile, M., Jurkowski, J. M., & De La Rosa, M. (2018). Sexual risk during initial months in US among Latina young adults. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 30(3), 353–360. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1368442>
- Espada, J. P., Guillén-Riquelme, A., Morales, A., Orgilés, M., & Sierra, J. C. (2014). Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Atencion Primaria*, 46(10), 558–564.  
Recopilado de: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.007>
- Febres-Cordero, B., Brouwer, K. C., Rocha-Jimenez, T., Fernandez-Casanueva, C., Morales-Miranda, S., & Goldenberg, S. M. (2018). Influence of peer support on HIV/STI prevention and safety amongst international migrant sex workers: A qualitative study at the Mexico-Guatemala border. *PLoS ONE*, 13(1), 1–20.  
Recopilado de: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190787>
- Fernández-Niño, J. A., & Navarro-Lechuga, E. (2018). Migración humana y salud: un campo emergente de investigación en Colombia. *Rev. Salud Pública*, 20(4), 404–405. Recopilado de: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n4.74970>
- Folch, C., Casabona, J., Sanclemente, C., Esteve, A., & González, V. (2014). Tendencias de la prevalencia del VIH y de las conductas de riesgo asociadas en mujeres trabajadoras del sexo en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 28(3), 196–202. Recopilado de: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.11.004>

- Gitlin, L. N., & Czaja, J. S. (2016). *Behavioral Intervention Research: Designing, Evaluating, and Implementing* (S. P. Company, Ed.).
- González, L. J. R., Rodríguez, G. M. D. L. Á., & Lomas, C. M. D. L. M. (2013). Salud Sexual y Reproductiva en inmigrantes latinoamericanos adultos de la ciudad de Sevilla. *Enfermería Global*, 12(1), 34–42. Recopilado de: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1695-61412013000100002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412013000100002)
- Grieb, S. M. D., Shah, H., Flores-Miller, A., Zelaya, C., & Page, K. R. (2017). HIV-Related Stigma Among Spanish-speaking Latinos in an Emerging Immigrant Receiving City. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(4), 868–875. Recopilado de: <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0497-9>
- Guardiola, M. C. A. (2006). *Aculturación y competencia intercultural. Presupuestos teóricos y modelos empíricos*. Recopilado de: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/2465>
- Guerra-Ordoñez, J. A., Benavides-Torres, R. A., Burgos-Regil, J. L., Zapata-Garibay, R., & Onofre-Rodríguez, D. J. (2018). Confiabilidad y validez de una escala de conciencia sobre salud sexual en migrantes de México en tránsito hacia Estados Unidos. *Acta Universitaria*, 28(2), 75–82. Recopilado de: <https://doi.org/10.15174/au.2018.1768>
- Guerra, O. J. A. (2017). *Modelo de transición de la conducta sexual del migrante en las fronteras de Matamoros y Reynosa*. (UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN). Recopilado de: <http://eprints.uanl.mx/21686/1/1080314998.pdf>
- Gueter, P.-L. (2018). *Factores asociados a comportamientos sexuales de riesgo de VIH en Haití* (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales). Recopilado de:

[https://flacso.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1026/213/1/Port\\_G.pdf](https://flacso.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1026/213/1/Port_G.pdf)

Gunaratnam, P., Heywood, A. E., McGregor, S., Jamil, M. S., McManus, H., Mao, L., ... Guy, R. (2019). HIV diagnoses in migrant populations in Australia—A changing epidemiology. *PLoS ONE*, *14*(2), 1–13. Recopilado de: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212268>

Hacker, K. (2017). Community-Based Participatory Research. In *Community-Based Participatory Research*. Recopilado de: <https://doi.org/10.4135/9781452244181>

Haderxhanaj, L. T., Rhodes, S. D., Romaguera, R. A., Bloom, F. R., & Leichliter, J. S. (2015). Hispanic men in the United States: Acculturation and recent sexual behaviors with female partners, 2006-2010. *American Journal of Public Health*, *105*(8), e126–e133. Recopilado de: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302524>

Hart, A., Hall, V., & Henwood, F. (2003). Helping health and social care professionals to develop an “inequalities imagination”: A model for use in education and practice. *Journal of Advanced Nursing*, *41*(5), 480–489. Recopilado de: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02555.x>

Hernández, C. A., & López, R. M. (2011). Adaptación transcultural de la escala para medir autoeficacia en el uso del condón masculino. *Index de Enfermería*, *20*(3), 194-198. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200012>

Herns, M. L., McCoy, H. V., & DiClemente, R. J. (2006). HIV/AIDS knowledge and beliefs among Haitian adolescents in Miami-Dade County, Florida. *Journal of HIV/AIDS Prevention in Children and Youth*, *7*(1), 121–138. Recopilado de: [https://doi.org/10.1300/J499v07n01\\_07](https://doi.org/10.1300/J499v07n01_07)

Jennings, L. B., Parra-Medina, D. M., Messias, D. A. K. H., & McLoughlin, K. (2012).



Toward a critical social theory of youth empowerment. *Youth Participation and Community Change*, (July 2015), 31–56. Recopilado de:  
[https://doi.org/10.1300/J125v14n01\\_03](https://doi.org/10.1300/J125v14n01_03)

Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Jooste, S., Toefy, Y., Cain, D., Cherry, C., & Kagee, A. (2005). Development of a brief scale to measure AIDS-related stigma in South Africa. *AIDS and Behavior*, 9(2), 135–143. Recopilado de:  
<https://doi.org/10.1007/s10461-005-3895-x>

Knipper, E., Rhodes, S. D., Lindstrom, K., Bloom, F. R., Leichliter, J. S., & Montaña, J. (2007). Condom use among heterosexual immigrant latino men in the southeastern United States. *AIDS Education and Prevention*, 19(5), 436–447. Recopilado de:  
<https://doi.org/10.1521/aeap.2007.19.5.436>

Koniak-Griffin, D., Lesser, J., Takayanagi, S., & Cumberland, W. G. (2011). Couple-focused human immunodeficiency virus prevention for young Latino parents: Randomized clinical trial of efficacy and sustainability. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165(4), 306–312. Recopilado de:  
<https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2011.28>

Kuehne, A., Koschollek, C., Santos-Hövenner, C., Thorlie, A., Müllerschön, J., Tshibadi, C. M., ... Bremer, V. (2018b). Impact of HIV knowledge and stigma on the uptake of HIV testing – Results from a community-based participatory research survey among migrants from sub-Saharan Africa in Germany. *PLoS ONE*, 13(4), 1–19. Recopilado de: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194244>

Lamaute-Brisson, N. (2013). *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Haití*. Recopilado de:  
[https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/4050/S2013067\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/4050/S2013067_es.pdf)

- Leyva-Flores, R., Aracena-Genao, B., & Serván-Mori, E. (2014). Investigación original / Original research Forma de citar Movilidad poblacional y VIH/sida en Centroamérica y México. *Rev Panam Salud Publica*, 36(3), 2014. Recopilado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v36n3/143-149>
- López-díaz, L., Arias, M. E. S. ., Rodríguez, G. V., Reina-Leal, L. M., Benavides, Q. E. C., Hernandez, M. D. C., & Olaya, C. E. A. (2018). Competencia cultural de las enfermeras en el área de salud pública: una metasíntesis\*. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34). Recopilado de: <https://doi.org/https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.ccea>
- López, A. M. B. (2014). *Diagnóstico sobre acceso a servicios de salud para personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas*. Recopilado de: [www.sinfronteras.org.mx](http://www.sinfronteras.org.mx)
- Luengo, M. C., Acuña, P. B. D., Baltra, G. A. F., Bravo, A. V. A., Cortez, S. D. R., & Morales, Ojeda, I. A. (2021). Acceso y conocimiento de inmigrantes haitianos sobre la Atención Primaria de Salud chilena. *Benessere. Revista de Enfermería*, 5(1), 21–31. Recopilado de: <https://doi.org/10.22370/bre.51.2020.2719>.
- Malow, R. M., Stein, J. A., McMahon, R. C., Dévieux, J. G., Rosenberg, R., & Jean-Gilles, M. (2009). Effects of a Culturally Adapted HIV Prevention Intervention in Haitian Youth. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(2), 110–121. Recopilado de: <https://doi.org/10.1016/j.jana.2008.12.003>
- Martínez, M. F., Martínez, J., & Calzado, V. (2006). La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social. *Intervención Psicosocial*, 15(3), 331–350. Recopilado de: <https://doi.org/10.4321/s1132-05592006000300007>

- Martínez, M. M. (2007). *La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico-práctico*. (3rd ed.; Trillas, Ed.). Mexico.
- McKleroy, V. S., Galbraith, J. S., Cummings, B., Jones, P., Harshbarger, C., Collins, C., ... Carey, J. W. (2006). Adapting evidence-based behavioral interventions for new settings and target populations. *AIDS Education and Prevention*, 18(SUPPL. A), 59–73. Recopilado de: <https://doi.org/10.1521/aeap.2006.18.suppl.59>
- Mihan, R., Kerr, J., & Maticka-Tyndale, E. (2016). HIV-related stigma among African, Caribbean, and Black youth in Windsor, Ontario. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 28(6), 758–763. Recopilado de: <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1158397>
- Milhausen, R. R., McDermott Sales, J., Wingood, G. M., DiClemente, R. J., Salazar, L. F., & Crosby, R. A. (2007). Validation of a partner sexual communication scale for use in HIV/AIDS prevention interventions. *Journal of HIV/AIDS Prevention in Children and Youth*, 8(1), 11–33. Recopilado de: [https://doi.org/10.1300/J499v08n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J499v08n01_02)
- Montoya, O., Stephanie, M., & Sandoval, F. E. A. (2018). Migrantes haitianos en México: un nuevo escenario migratorio. *Huellas de La Migración; Núm. 6*, 3(6), 133–156. Recopilado de: <https://huellasdelamigracion.uaemex.mx/article/view/11719>
- Nebot, L., Díez, E., Martín, S., Esturga, L., Villalbi, J. R., Glória, P., ... López, M. J. (2016). Efectos de una intervención de consejo anticonceptivo en adolescentes de barrios desfavorecidos con alta proporción de inmigrantes. *Gac Sanit.*, 30(1), 43–46. Recopilado de: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.03.003>
- Norris, A. H., Weisband, Y. L. ., Wiles, M., & Ickovics, J. R. (2017). Prevalence of

sexually transmitted infections among Tanzanian migrants: a cross-sectional study. *International Journal of STD and AIDS*, 28(10), 991–1000. Recopilado de: <https://doi.org/10.1177/0956462416685486>

Okoro, O. N., & Whitson, S. O. (2017). HIV risk and barriers to care for African-born immigrant women: A sociocultural outlook. *International Journal of Women's Health*, 9, 421–429. Recopilado de: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S129355>

Olawore, O., Tobian, A. A. R., Kagaayi, J., Bazaale, J. M., Nantume, B., Kigozi, G., ... Grabowski, M. K. (2018). Migration and risk of HIV acquisition in Rakai, Uganda: a population-based cohort study. *The Lancet HIV*, 5(4), e181–e189. Recopilado de: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(18\)30009-2](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(18)30009-2)

Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2003). *Un enfoque cultural de la prevencion y la atencion del VIH/sida*. Retrieved from [http://www.lacult.unesco.org/docc/Manual\\_1\\_SIDA.pdf](http://www.lacult.unesco.org/docc/Manual_1_SIDA.pdf)

Organizacion Internacional para las Migraciones [OIM]. (2005). *Estudio de Caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad de la población migrante frente al VIH/SIDA*. Recopilado de: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/85381414c5fb11a9e04001011e015920.pdf>

Organizacion Internacional para las Migraciones [OIM]. (2018). *INFORME SOBRE LAS MIGRACIONES EN EL MUNDO 2018* (M. and M. R. McAuliffe, Ed.). Retrieved Recopilado de: [https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr\\_2018\\_sp.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_sp.pdf)

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Health in the Americas 2017. Retrieved June 23, 2021, Recopilado de: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/mhp-migration.html>

- Organización Panamericana de la Salud. (2020). VIH/SIDA. Retrieved July 5, 2021, Recopilado de: <https://www.paho.org/es/temas/vihsida>
- Organizacion Panamericana de la Salud [OPS]. (2019). *Documento de Orientación sobre Migración y Salud*. Recopilado de: <https://www.paho.org/es/documentos/documento-orientacion-sobre-migracion-salud>
- Pedemonte, N. R., Amode, N., & Rencoret, J. V. (2015). Racismo y matrices de " inclusión " de la migración haitiana en Chile: elementos conceptuales y contextuales para la discusión. *Revista Latinoamericana*, 14(45), 217–245. Recopilado de: [https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v14n42/art\\_11.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v14n42/art_11.pdf)
- Peragallo, N., Gonzalez-Guarda, R. M., McCabe, B. E., & Cianelli, R. (2012). The efficacy of an HIV risk reduction intervention for hispanic women. *AIDS and Behavior*, 16(5), 1316–1326. <https://doi.org/10.1007/s10461-011-0052-6>
- Pérez-Brignoli, H. (2017). Aculturación, transculturación, mestizaje: Metáforas y espejos en la historiografía latinoamericana. *Cuadernos de Literatura*, 21(41), 96–113. Recopilado de: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.cl21-41.atmm>
- Pérez-Parra, S., Chueca, N., Álvarez, M., Pasquau, J., Omar, M., Collado, A., ... García, F. (2017). High prevalence and diversity of HIV-1 non-B genetic forms due to immigration in southern Spain: A phylogeographic approach. *PLoS ONE*, 12(10), 1–19. Recopilado de: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186928>
- Portes, A., & Rumbaut, G. R. (2001). *Legacies. The story of the Immigrant Second Generation* (University of California Press, Ed.). United States of America.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA]. (2016).

Estrategia ONUSIDA 2016-2021. Acción acelerada para acabar con el sida.

*Programa Conjunto de Las Naciones Unidas Sobre El VIH/SIDA.*, 1-136.

Recopilado de: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf)

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. (2016, September 20).

Una respuesta acelerada al VIH basada en la fe | ONUSIDA. Retrieved July 13, 2021, Recopilado de:

[https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2016/september/20160920\\_fasttrack\\_faith](https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2016/september/20160920_fasttrack_faith)

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. (2017). Haití |

ONUSIDA. Retrieved June 21, 2021, Recopilado de:

<https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/haiti>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. (2020). Poner fin a la epidemia de sida para 2030. Retrieved June 21, 2021, Recopilado de:

[https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf)

Purnell, L. D. (1999). El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 3(06), 91–102. Recopilado de:

<https://doi.org/10.14198/cuid.1999.6.13>

Purnell, L. D. (2000). Culturally competent health care. In F. A. DAVIS COMPANY (Ed.), *Public Health Reports* (Third Edit, Vol. 115). Recopilado de:

<https://doi.org/10.1093/phr/115.1.25>

Purnell, L. D. (2014a). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 193–196. Recopilado de:

<https://doi.org/10.1177/10459602013003006>

Purnell, L. D. (2014b). *Transcultural health care: A culturally competent approach* (4th Editio; F. . D. Company, Ed.). Philadelphia.

Purnell, L. D., & Paulanka, B. J. (2005). A Guide to Culturally Competent Health Care. In F.A. Davis Company (Ed.), *Nursing Education Perspectives* (Vol. 26). Philadelphia.

Reece, M., Herbenick, D., Hollub, A. V., Hensel, D. J., & Middlestadt, S. E. (2010). A psychometric assessment of the multi-factor attitude toward condoms scale (MFACS). *International Journal of Sexual Health*, 22(2), 119–129. Recopilado de: <https://doi.org/10.1080/19317610903526097>

Reif, L. K., Rivera, V. R., Bertrand, R., Belizaire, M. E., Joseph, J. M. B., Louis, B., ... McNairy, M. L. (2019). “FANMI”: A Promising Differentiated Model of HIV Care for Adolescents in Haiti. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 82(1), E11–E13. Recopilado de: <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002088>

Granados, R, M., & Sierra, J C. (2016). *Excitación sexual: una revisión sobre su relación con las conductas sexuales de riesgo Sexual arousal: A review of its relationship with sexual risk behaviors*. 34, 59–70.

Rhodes, S. D., Leichter, J. S., Sun, C. J., & Bloom, F. R. (2016). The HoMBReS and HoMBReS Por un Cambio Interventions to Reduce HIV Disparities Among Immigrant Hispanic/Latino Men. *MMWR Supplements*, 65(1), 51–56. Recopilado de: <https://doi.org/10.15585/mmwr.su6501a8>

Rhodes, S. D., McCoy, T. P., Vissman, A. T., DiClemente, R. J., Duck, B. S. S., Hergenrather, K. C., & Foley, K. L. (2011). A randomized controlled trial of a

culturally congruent intervention to increase condom use and HIV testing among heterosexually active immigrant Latino men. *AIDS Behav.*, 15(8), 1764–1775.

Recopilado de: <https://doi.org/10.1007/s10461-011-9903-4>

Rios-Ellis, B., Becker, D., Espinoza, L., Nguyen-Rodriguez, S., Diaz, G., Carricchi, A., ... Garcia, M. (2015). Evaluation of a community health worker intervention to reduce HIV/AIDS stigma and increase HIV testing among underserved latinos in the southwestern U.S. *Public Health Reports*, 130(5), 458–467. Recopilado de: <https://doi.org/10.1177/003335491513000509>

Ríos, E., Ferrer, L., Casabona, J., Caylá, J., Avecilla, À., Gómez I Prat, J., ... Esteve, A. (2009). Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebíes en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 23(6), 533–538. Recopilado de: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.09.010>

Ros, M. (2002). Los valores culturales y el desarrollo socioeconómico: Una comparación entre teorías culturales. *Revista de Psicología Social*, 23(3), 347–365. Recopilado de: <https://doi.org/10.1174/021347408785843024>

Roy, T., Anderson, C., Evans, C., Rahman, M. S., & Rahman, M. (2013). Cross-cultural adaptation of the short-form condom attitude scale: Validity assessment in a subsample of rural-to-urban migrant workers in Bangladesh. *BMC Public Health*, 13(1). Recopilado de: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-240>

Rubens, M., McCoy, H. V., & Shehadeh, N. (2014). Proficiency in condom use among migrant workers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 25(3), 233–242. Recopilado de: <https://doi.org/10.1016/j.jana.2013.04.007>

Ruiz, M. Á. G. (2016). El derecho humano al trabajo de los migrantes. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 22(22), 265–291. Recopilado de:



<https://doi.org/10.1016/j.rlds.2015.09.004>

Santos-Hövenner, C., Marcus, U., Koschollek, C., Oudini, H., Wiebe, M., Ouedraogo, O. I., Krause, G. (2015). Determinants of HIV, viral hepatitis and STI prevention needs among African migrants in Germany; a cross-sectional survey on knowledge, attitudes, behaviors and practices. *BMC public health*, 15, 753-753. Recopilado de: doi:10.1186/s12889-015-2098-2

Saint-Val, K., & Wendland, E. (2020). Sexual health of Haitian immigrants in Southern Brazil: A cross-sectional study. *Annals of Global Health*, 86(1). Recopilado de: <https://doi.org/10.5334/aogh.2666>

Sastre, F., Sanchez, M., & de la Rosa, M. (2015). Changes in pre- to post-immigration HIV risk behaviors among recent Latino immigrants. *AIDS Education and Prevention*, 27(1), 44–57. Recopilado de: <https://doi.org/10.1521/aeap.2015.27.1.44>

Schwartz, S. H. (1999). A Theory of Cultural Values and Some Implications for Work. *Applied Psychology*, 48(1), 23–47. Recopilado de: <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1999.tb00047.x>

Secretaría de Gobernación. (2014). *Programa Especial de Migración*. Recopilado de: [http://portales.segob.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/UPM/PEM/PEM\\_2014-2018.pdf](http://portales.segob.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/UPM/PEM/PEM_2014-2018.pdf)

Secretaría de Salud. *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.* , (2014).

Shaw, S. A., & El-Bassel, N. (2014). The Influence of Religion on Sexual HIV Risk. *AIDS and Behavior*, 18(8), 1569–1594. Recopilado de: <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0714-2>

Shedlin, M. G., Decena, C. U., & Oliver-Velez, D. (2005). Initial acculturation and HIV risk among new hispanic immigrants. *Journal of the National Medical Association*, 97(7 SUPPL.), 32–37. Recopilado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2640649/pdf/jnma00866-0032.pdf>

Stephenson, M. (2000). Development and validation of the Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS). *Psychological Assessment*, 12(1), 77–88. Recopilado de: <https://doi.org/10.1037/1040-3590.12.1.77>

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (2020). *Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante*. Recopilado de:

<https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/PlanIntegralAttnSaludPobMigrante.pdf>

Sullivan, C., Lilian, F. L., Irarrázabal, L. V., Villegas, N., Rosina, C. A., & Peragallo, N. (2018). HHS Public Access Author manuscript Horiz Enferm. Author manuscript; available in PMC 2018 September 13. Published in final edited form as: Horiz Enferm. 2017 ; 28(1): 42–50. EXPLORING SELF-EFFICACY AND PERCEIVED HIV RISK AMONG SOCIOECONOMICALLY DISADVANT. *Horiz Enferm.*, 28(1), 42–50. Recopilado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6136432/pdf/nihms948514.pdf>

TALUKDAR, A. R. B., SANYAL, D. ., KRISHNENDU, R., & SENGUPTA, P. T. (2008). Original Contributions Development of a Scale for Attitude Toward Condom Use. *Indian Journal of Medical Sciences*, 62(2), 55–61. Recopilado de: <http://www.bioline.org.br/pdf?ms08009>

Thomas, S. C., Umer, A., Commodore-Mensah, Y., Davidov, D., & Abildso, C. G. (2019). Length of Residence and Cardiovascular Health among Afro- Caribbean

- Immigrants in New York City Sabena. *Racial Ethn Health Disparities*, 6(3), 487–496. Recopilado de: <https://doi.org/10.1007/s40615-018-00547-8>.Length
- Unidad de Política Migratoria. (2018). *Boletín Mensual De Estadísticas*. Recopilado de: [http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Estadisticas/Boletines\\_Estadisticos/2018/Boletin\\_2018.pdf](http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Estadisticas/Boletines_Estadisticos/2018/Boletin_2018.pdf)
- Valenzuela, J. P., Riveros, Q. K., Nayeli, P. C., Araya, M. I., Campos, N. B., Órdenes, S. C., & Díaz, T. C. (2014). Integración laboral de los inmigrantes haitianos , dominicanos y colombianos en Santiago de Chile. *Antropologías Del Sur*, (2), 101–120.
- Van Der Veen, Y. J. J., Van Empelen, P., De Zwart, O., Visser, H., Mackenbach, J. P., & Richardus, J. H. (2014). Cultural tailoring to promote hepatitis B screening in Turkish Dutch: A randomized control study. *Health Promotion International*, 29(4), 692–704. Recopilado de: <https://doi.org/10.1093/heapro/dat020>
- Villarruel, A. M., Jemmott III, J. B., & Jemmott, L. S. (2006). A Randomized Controlled Trial Testing an HIV Prevention Intervention for Latino Youth. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 160(8), 772–777. Recopilado de: <https://doi.org/10.1001/archpedi.160.8.772.A>
- Wang, Y., Jia, M., Yuan, D., Liang, A., Zhang, Z., Jiang, X., ... Cai, Y. (2019). Assessing consistent condom use among migrant men who have sex with men in Shanghai, China: Validation of an information-motivation-behavioural skills model. *BMC Infectious Diseases*, 19(1), 1–11. Recopilado de: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4090-4>
- Wingood, G. M., Di Clemente, R. J., Villamizar, K., Er, D. L., De Varona, M., Taveras, J., ... Jean, R. (2011). Efficacy of a health educator-delivered HIV prevention

intervention for Latina women: A randomized controlled trial. *American Journal of Public Health*, 101(12), 2245–2252. Recopilado de:  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300340>

Wong, W. C. W., Cheng, S., Miu, H. Y. H., Ong, J. J., Chen, J., & Loper, K. A. (2018). Contextual factors associated with consistent condom use and condom self-efficacy amongst African asylum seekers and refugees in Hong Kong. *Infection, Disease and Health*, 23(1), 23–32. Recopilado de:  
<https://doi.org/10.1016/j.idh.2017.08.006>

Zhu, G. R., Ji, C. Y., & Yang, X. H. (2015). Relationship between Migration and HIV Risky Behavior: A Comparative Study of Returning Migrants and Non Migrants Based on Rural Out-of-school Youth in Jilin, China. *Biomedical and Environmental Sciences*, 28(6), 429–436. Recopilado de:  
<https://doi.org/10.3967/bes2015.060>

Zoboli, F., Martinelli, D., Di Stefano, M., Fasano, M., Prato, R., Santantonio, T. A., & Fiore, J. R. (2017). Correlation between knowledge on transmission and prevention of HIV/STI and proficiency in condom use among male migrants from Africa and Middle East evaluated by a Condom Use Skills score using a wooden penile model. *BMC Research Notes*, 10(1), 1–6. Recopilado de: <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2520-1>

Zubieta, C., Lichtl, A., Trautman, K., Mentor, S., Cagliero, D., Mensa-Kwao, A., ... Kaiser, B. N. (2020). Perceived Feasibility, Acceptability, and Cultural Adaptation for a Mental Health Intervention in Rural Haiti. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 44, 110–134. Recopilado de: <https://doi.org/10.1007/s11013-019-09640-x>

## **Apéndices**

## Apéndice A

## Mapeo de la Intervención

## Mapeo de la intervención

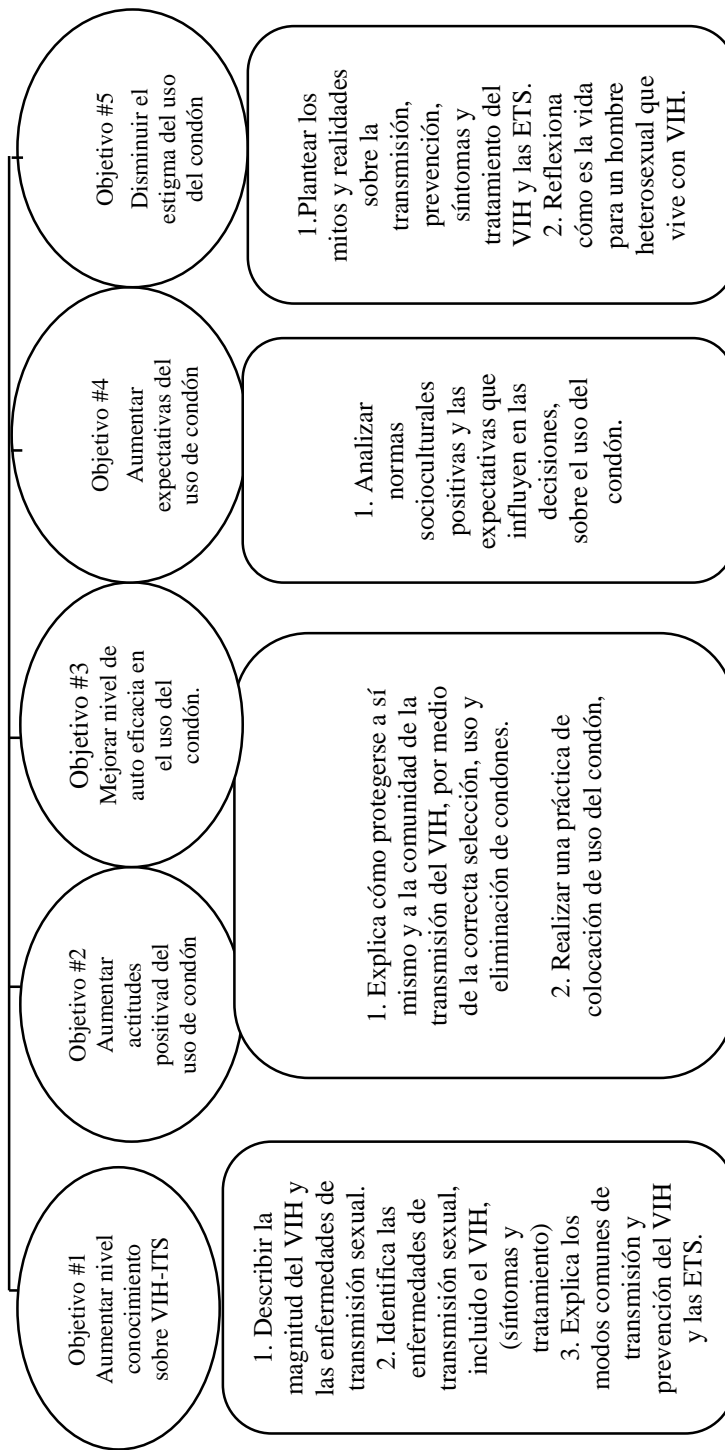
**Título de la intervención:** Adaptación cultural de la intervención “hombres” para incrementar el uso del condón en migrantes haitianos en México

**Problema y población objetivo:** La literatura reporta prácticas sexuales sin uso del condón, de altos niveles de VIH en población de origen y en población receptora y acceso limitado a servicios de salud de migrantes (haitianos)

**Contexto de entrega de la intervención:** comunitario (centros de desarrollo social, espacios de asociaciones civiles)

**Teoría base:** Teoría social cognitiva (Albert Bandura)

**Objetivo de tratamiento:** Aumento de uso de condón en migrantes haitianos.



### Resultados del tratamiento:

**Primario: Incremento el uso del condón.**

Secundario: Mayor nivel de conocimiento sobre ITS-VIH, habilidades sobre el uso del condón, eliminación de estigma.

## Apéndice B

### Detalles Sesión Por Sesión

Contenido	Objetivo	Actividades	Recursos	Tiempo
<b>Sesión No. 1</b>	-Aplicar	<b>Instructor</b>	-Instrumentos.	<b>Destinado</b>
Medición pre-	instrumentos.	1.Realiza	-Lápiz	<b>120 min</b>
test y Tema 1.	-Identificar	introducción a la	- Reglas	
Salud Sexual.	trascendencia	actividad. 10m	básicas.	<b>A1: 10m</b>
	de las	2.Aplica	-Presentación	<b>A2: 45m</b>
	infecciones	instrumentos de las	sobre VIH e	<b>A3: 10m</b>
	en la	variables de	ITS.	<b>A4: 15</b>
	población	estudio. 45	-Recordatorio	<b>A5: 10m</b>
	haitiana.	3. Describe el	para la sesión 2.	<b>A6: 10m</b>
		impacto de las	.	
		ITS/VIH en		<b>20 min de</b>
		américa latina y el		<b>receso</b>
		caribe. 10m		
		4. Describe		
		principales ITS,		
		incluido el		
		VIH.15m		
		5. Fomenta la		
		importancia de		
		aprender a prevenir		
		las ITS/VIH.10m		
		(Escala de		
		conocimiento sobre		
		el VIH)		

		<p>6. Entrega información sobre las siguientes sesiones. 5m</p> <p><b>Participantes:</b></p> <p>1. Escucha, observa y participa de forma activa en el contenido de la presentación.</p>		
<p><b>Sesión No. 2</b></p> <p>prevención de VIH e ITS</p>	<p>-Promover el uso del condón en las relaciones sexuales por medio de la capacitación de su uso.</p>	<p><b>Instructor:</b></p> <p>Plantea los mitos y realidades sobre la transmisión, síntomas y tratamiento del VIH y las ETS.15m (actitudes ante el uso)</p> <p>Introduce a la temática del uso del condón. y explica, de forma practica la selección, uso y</p>	<p>– Presentación mitos y realidades sobre el VIH/ITS</p> <p>-Presentación sobre consejos prácticos sobre cómo usar los condones.</p> <p>-Caja para la práctica de colocación de condones en la oscuridad.</p> <p>-Recordatorio para la sesión 2</p>	<p><b>Destinado</b></p> <p><b>120 min</b></p> <p><b>A1: 15m</b></p> <p><b>A2: 10m</b></p> <p><b>A3: 15</b></p> <p><b>A4:60</b></p> <p><b>20 min de receso</b></p>



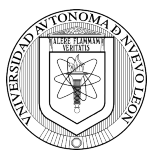
		<p>eliminación de condones <b>25m</b></p> <p>(Escala de uso de Condón)</p> <p>Practica sobre la colocación del condón en la obscuridad.60 m</p> <p>(autoeficacia del uso del condón)</p> <p><b>Participantes:</b></p> <p>1. Participa en la práctica sobre el uso del condón con y sin caja especial.</p>		
<p><b>Sesión No. 3</b></p> <p>Sociedades y VIH.</p>	<p>-Reconocer la influencia de factores socio-culturales externos sobre las decisiones de</p>	<p><b>Facilitador:</b></p> <p>1. Describe cómo el ambiente afecta la salud individual y comunitaria. 15m</p> <p>2. Plantea lo negativo y positivo de las normas</p>	<p>-Presentación: riesgos a la salud sexual del migrante haitiano durante el tránsito.</p> <p>-Adaptación a nuevos</p>	<p><b>120 min</b></p> <p><b>A1: 15 m</b></p> <p><b>A2: 10 m</b></p> <p><b>A3: 15m</b></p> <p><b>A4: 15m</b></p> <p><b>A5: 10m</b></p> <p><b>A6: 45m</b></p> <p><b>A7: 10m</b></p>

	<p>vida de los migrantes haitianos.</p>	<p>socioculturales de los entornos de destino.</p> <p>10m (Escala de aculturación)</p> <p>3 Hombres haitianos y salud sexual. (Escala de estigma relacionada con el sida) 15m</p> <p>4. Reflexiones sobre la vida de personas con VIH. 15m</p> <p>5. Evaluación del curso 10m Formato de evaluación de Aceptabilidad.</p> <p>6. Aplica instrumentos de las variables de estudio 45m</p> <p>7. Entrega de certificados 10m</p> <p><b>Participantes:</b></p>	<p>contextos: salud sexual en la migración.</p> <p>Presentación: Hombres haitianos y VIH</p>	
--	---	--	--	--

		<p>1. Participación activa en juego de roles.</p> <p>2. Identificación de factores sociales ambientales y personales que son riesgo para infección de transmisión sexual.</p>		
--	--	---	--	--

## Apéndice C

## Consentimiento Informado del Grupo de Reducción de Riesgo de VIH



## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

## Facultad de Enfermería

## Carta de consentimiento informado

**Título de proyecto:** Adaptación cultural de la intervención “HoMBReS” para incrementar el uso del condón en migrantes haitianos en MÉXICO.

Datos del investigador principal:

Nombre: ME. Abraham Isaac Esquivel Rubio

Adscripción: Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Director de Tesis: Dra.: María Aracely Márquez Vega

**Objetivo del estudio:**

El objetivo de este estudio es evaluar si el estudio piloto de una **Adaptación cultural de la intervención “HoMBReS” para incrementar el uso del condón en migrantes haitianos en México**, logra aumentar el uso del condón, en la población migrante haitiana.

La presente investigación no se encuentra financiada de ninguna forma y se hace de su conocimiento que todos los datos recolectados serán utilizados con fines científicos,

**Adaptación cultural de la intervención “HoMBReS” para incrementar el uso del condón en migrantes haitianos en México**, está dirigida a la comunidad haitiana que vive en la ciudad de Mexicali; enfocándose en hombres de nacionalidad haitiana, que sean mayores de 18 años. Su participación y los resultados obtenidos son para fines de obtener el grado de Doctorado en Ciencias de Enfermería. Por lo que le invitamos a participar contestando algunas preguntas. A continuación, se le explicará el estudio y los procedimientos, esta información lo ayudará a decidir si desea participar en este estudio.

**Descripción del Estudio:**

El estudio consiste en una intervención educativa enfocada a aumentar el uso del condón, con la intención de reducir el riesgo de infección de VIH en la población migrante haitiana. La selección y reclutamiento de esta población, se realizará por medio del acercamiento directo, previa autorización de los líderes de la comunidad. Los participantes deberán ser hombres mayores de 18 años y de nacionalidad haitiana. Se ha realizado cálculos para estimar que es necesario la participación de 40 persona, a través de programas estadísticos. Para la recolección de los datos, se aplicarán una serie de cuestionarios a papel y lápiz que exploraran situaciones asociadas al uso del condón, los cuales se aplicaran al inicio y posterior al desarrollo de la intervención. Su participación dentro de la intervención constara de asistir a 3 sesiones de una hora, una vez a la semana. El comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León autorizó realizar el estudio. Por lo que se invitara a participar a todos los migrantes hombres de nacionalidad haitiana, que viven en la ciudad de Mexicali por medio de mesas de registro o por invitación directa, dentro de los sitios de reunión de la comunidad, hasta reunir la muestra establecida.

Si Usted desea participar se le pedirá que firme este consentimiento informado. Se le aplicarán 9 cuestionarios que tratan situaciones asociadas al uso del condón, estos serán aplicados en el lugar de la comunidad elegido para la realización de la intervención; para que pueda contestar de manera tranquila y con la mayor privacidad posible. El tiempo aproximado de su participación se dividirá en 4 sesiones de 1 hora cada una. La información que Usted proporcione será anónima, los resultados pueden ser publicados en revistas científicas, pero se realizará de manera grupal; ni su nombre, ni datos de identificación aparecerán en estos. Aun firmando este consentimiento, Usted podrá retirarse en el momento que lo desee.

### **Riesgos o molestias.**

Basados en el diseño de esta intervención, no se prevé riesgo alguno a asociado salud ni física ni mental. Para evitar todas las molestias que puedan surgir al contestar los cuestionarios, estos se contestaran de la manera más privada posible. Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos.

Si se siente incómodo con alguna pregunta o medición puede no contestarla o pedir no tener la medición, sin que esto tenga repercusiones de ningún modo para Usted. En caso de que surja un daño ocasionado por este estudio, el investigador Abraham Isaac Esquivel Rubio, brindara el apoyo necesario para la atención, lo que no implicará algún costo para usted.

**Beneficios esperados:** Entre los principales beneficios del proyecto, destacan, el aumento del uso del condón y el aumento en el conocimiento sobre las ITS y VIH/sida; y recibirá los datos de las pruebas en las que participo. Además, se le otorgara un apoyo económico de 20 dólares americanos al finalizar la intervención como compensación por su tiempo.

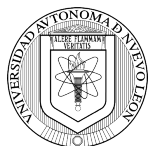
### **Compromisos del Investigador:**

Toda pregunta sobre el proceso de participación en la intervención y en el llenado de los instrumentos, será contestada por el investigador por lo que podrá realizar las preguntas en el momento que mejor juzgue conveniente. Cualquier duda que surja al leer este consentimiento o durante su participación será aclarada en el momento que la haga saber.

Nombre del participante:  Firma:	Fecha:
Nombre del testigo:  Firma del testigo:	Fecha:
Nombre de quien obtiene el consentimiento  Firma:	Fecha:

## Apéndice D

### Consentimiento para Participación en Entrevistas Semiestructurada



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Facultad de Enfermería

Carta de consentimiento informado

**Título de proyecto: Adaptación cultural de la intervención “HoMBReS” para incrementar el uso del condón en migrantes haitianos en México**

Datos del investigador principal:

Nombre: ME. Abraham Isaac Esquivel Rubio

Adscripción: Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Director de Tesis: Dra: María Aracely Márquez Vega

#### Objetivo del estudio:

El objetivo de este estudio es realizar entrevistas semi estructuradas, que permitan obtener elementos para realizar las adaptaciones pertinentes al proyecto **“Adaptación cultural de la intervención “HoMBReS” para incrementar el uso del condón en migrantes haitianos en México”**. La presente investigación no se encuentra financiada de ninguna forma y se hace de su conocimiento, que todos los datos recolectados serán utilizados con fines científicos,

**“Adaptación cultural de la intervención “HoMBReS” para incrementar el uso del condón en migrantes haitianos en México”**, está dirigido a la comunidad haitiana que vive en la ciudad de Mexicali; enfocándose en hombres de nacionalidad haitiana, que sean mayores de 18 años. Su participación y los resultados obtenidos son para fines de obtener el grado de Doctorado en Ciencias de Enfermería. Por lo que le invitamos a participar

contestando algunas preguntas. A continuación, se le explicará el estudio y los procedimientos, esta información lo ayudará a decidir si desea participar en este estudio.

**Descripción del Estudio:**

Las entrevistas semi-estructuradas consisten en una actividad en la cual cada persona conversa sobre un tema en particular, para este caso la percepción de la comunidad migrante haitiana sobre lo que es y significa el VIH y el uso del condón.

La selección y reclutamiento para esta actividad, se realizará por medio del acercamiento directo, previa autorización de los líderes de la comunidad. Los participantes deberán ser hombres mayores de 18 años y de nacionalidad haitiana. Dadas las características de las entrevistas, se estima necesaria la participación de al menos 10 personas.

Para la recolección de los datos, se solicitará a todos los participantes que asistan a un lugar establecido en la misma comunidad, el cual permitirá el desarrollo de la conversación y en el cual el investigador, realizara preguntas de una guía realizada para esta actividad, sobre la relación del VIH con varias situaciones de la vida diaria. Dicha sesión tendrá la duración de una hora y media. Previo al inicio se solicitará a los participantes su consentimiento y permiso para realizar la grabación del audio del grupo. El comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León autorizó realizar el estudio. Por lo que se invitara a participar diez migrantes hombres de nacionalidad haitiana, que viven en la ciudad de Mexicali e invitación directa dentro de los sitios de reunión de la comunidad.

Si Usted desea participar se le pedirá que firme este consentimiento informado y se le citara en la fecha y hora establecida, en el lugar de la comunidad elegido para la realización del grupo focal. La información que Usted proporcione será anónima, los resultados pueden ser publicados en revistas Científicas, pero se realizará de manera grupal; ni su nombre, ni datos de identificación aparecerán en estos. Aun firmando este consentimiento, Usted podrá retirarse en el momento que lo desee.



**Riesgos o molestias.**

Basados en el diseño de la actividad, no se prevé riesgo alguno a asociado salud ni física ni mental. Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si se siente incómodo con alguna pregunta puede no contestarla, sin que esto tenga repercusiones de ningún modo para Usted. En caso de que surja un daño ocasionado por este estudio, el investigador Abraham Isaac Esquivel Rubio, brindara el apoyo necesario para la atención, lo que no implicará algún costo para usted.

**Beneficios esperados:**

Entre los principales beneficios del proyecto, destacan, la socialización de la temática con miembros de la comunidad haitiana, además, se le otorgara un apoyo económico de 10 dólares americanos, como compensación por su tiempo.

**Compromisos del Investigador:** Toda pregunta sobre el proceso de participación en las entrevistas semi-estructuradas, será contestada por el investigador, por lo que podrá realizar las preguntas en el momento que mejor juzgue conveniente. Cualquier duda que surja al leer este consentimiento o durante su participación será aclarada en el momento que la haga saber.

Nombre del participante: Firma:	Fecha:
Nombre del testigo: Firma del testigo:	Fecha:
Nombre de quien obtiene el consentimiento Firma:	Fecha:

## Apéndice E

### Guía de Entrevista Semi-estructurada

#### Objetivo

Profundizar en las creencias sobre el VIH y el uso del condón en la cultura haitiana, en 12 áreas específicas.

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Hora de inicio \_\_\_\_\_ Hora de termino \_\_\_\_\_

#### Variables

Abordaje de **variables de estudio**, bajo el contexto del modelo de Purnell de competencias culturales.

#### 1. Variable: Actitud masculina ante el uso del condón.

##### a. Practica de cuidado a la salud

- i. ¿Qué piensas sobre el uso de condón en las relaciones sexuales?
- ii. ¿Crees que los hombres haitianos usan el condón? ¿Porque si y porque no?
- iii. ¿De quién es responsabilidad el uso del condón

#### 2. Variable: Autoeficacia en el uso de condón.

##### a. Embarazo y prácticas de nacimiento

- i. ¿Puedes describir cuales son los usos del condón?

##### b. Practica de cuidado a la salud

- i. ¿Crees que eres capaz de usar un condón? ¿Si por qué? ¿No por qué?
- ii. ¿Se te hace fácil o difícil usar el condón?, ¿porque si o porque no?
- iii. ¿Se te hace fácil o difícil proponerle a tu pareja sexual usar un condón cuando tienes una relación sexual casual?
- iv. Basados en tu experiencia ¿Cuál es la participación de la mujer en el uso de condón?

- v. Proveedor del cuidado de la salud
- vi. ¿Recibiste capacitación sobre el uso de condón en Haití?
- vii. ¿Los profesionales de la salud desarrollaron practicas sobre uso en tu escuela o comunidad?
- viii. ¿Has recibido información aquí?

### 3. Variable: Expectativas de resultado en el uso del condón.

- a. Practica de cuidado a la salud
  - i. ¿Podrías describir algunos de los beneficios que tiene el uso del condón?
  - ii. ¿Puedes hablarme sobre qué es lo que pasa cuando un hombre usa condón?
  - iii. ¿Qué beneficio percibes?
  - iv. ¿Hay algo malo que te vaya a producir si tu usas un condón? ¿En otras palabras, que consecuencias positivas o negativas tiene su uso?
  - v. ¿Cree que usar el condón lo proteja del VIH?

### 4. Variable: Conocimiento sobre el VIH-ITS

- a. Comunicación
  - i. ¿En el ámbito familiar el tema de las infecciones sexualmente transmisibles como es abordado?
- b. Comportamientos de alto riesgo
  - i. ¿Qué es el VIH y que representa para ti y para la Población haitiana
- c. Practica de cuidado a la salud
  - i. ¿Puedes hablarme sobre lo que tú sabes de las Infecciones sexualmente transmisibles?
  - ii. ¿Sabes cómo se trasmiten las ITS incluyendo el VIH/sida?
  - iii. ¿Sabes cómo prevenir una ITS incluyendo el VIH/sida?

## **5. Variable: Aculturación.**

### **a. Comunicación**

- i. ¿Para la sociedad haitiana que representa que una persona tenga una infección sexualmente transmisible?
- ii. En el contexto haitiano, ¿cómo es la comunicación de temas sexuales, particularmente el del uso del condón?

### **b. Comportamientos de alto riesgo**

- i. En tu experiencia como migrante ¿Cuáles y cómo han sido las experiencias sobre el uso de condón en las relaciones sexuales?

### **c. Práctica de cuidado a la salud**

- i. ¿Cómo ha sido tu experiencia con los servicios de salud (sexual) en países diferentes al tuyo, principalmente en México?
- ii. ¿En qué forma se ha dado el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva principalmente sobre el uso de condón, dentro de tu estancia en México o en otros países?

## **6. Variable: Estigma hacia el VIH**

### **a. Roles y organización Familiar**

- i. Desde la visión social ¿cómo considera usted que debe tratarse a una persona con VIH?
- ii. Dentro del proceso de la migración, ¿cómo afecta la vida de una persona tener el diagnostico de VIH.?
- iii. Cual crees que sea la relación entre la migración haitiana y VIH
- iv. ¿Crees que los haitianos tienen mayor probabilidad de infectarse con el VIH?

## **7. Variable: Uso de Condón.**

### **a. Comportamiento de riesgo**

- i. ¿Cuáles considera usted las situaciones o creencias por las que un migrante haitiano no usaría condón?

### **b. Espiritualidad**

- i. ¿Cómo se percibe en sus creencias religiosas el uso del condón?
- ii. ¿Considera que la religión es un factor para el uso del condón,
- c. Practica de cuidado a la salud
  - i. ¿Qué opina usted sobre el uso del condón en las relaciones sexuales?
  - ii. Me puedes decir cuáles son los pasos para colocar y retirar el condón
  - iii. ¿Existe alguna practica previa para el uso o desecho del condón en Haití?
  - iv. ¿Cuáles consideras que son las necesidades de un migrante haitiano en materia de salud sexual y reproductiva en México?
- d. Proveedor del cuidado de la salud
  - i. ¿Los profesionales de la salud en Haití desarrollan actividades para aumentar el uso del condón?
  - ii. ¿Cómo te pueden ayudar aquí los proveedores de salud para que utilices el condón?
  - iii. Durante el proceso de tránsito de la migración ¿tuvo acceso a servicios de salud sexual y reproductiva que fortalecieran el uso del condón?

Evaluación de la intervención: Desde tu punto de vista, Si tuvieras la oportunidad de participar en un curso de prevención de VIH por medio de la capacitación del uso de condón...

1. ¿Le interesaría aprender sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual?
2. ¿Le interesaría asistir a un curso para la prevención de VIH?
3. ¿Consideras que podrías asistir de forma recurrente a 5 clases de 2 horas cada una?

4. ¿Qué día de la semana podría ser más adecuado para que puedas asistir?
5. ¿Qué lugar considera usted que sería adecuado para que se desarrolle un curso de prevención de VIH para la comunidad haitiana?
6. ¿Cuáles serían las principales barreras que tendrías para poder asistir?
7. ¿En qué idioma consideras que podrías tomar el curso y por qué?
8. ¿Cuáles considera que serían las cualidades que debería tener el facilitador del curso?
9. En caso de llenar algunas encuestas ¿En qué idioma consideras que sería mejor que se encuentren impresos?
10. ¿Considera que debe de incorporarse algún tema especial asociado al VIH?
11. ¿Consideras que existen temas que deben de abordarse de forma delicada en materia de prevención de VIH?
12. ¿Qué características consideras que deberían de tener una intervención adaptadas culturalmente para la población haitiana en materia de VIH?

## Apéndice F

### Cédula de Datos Sociodemográficos

Indicaciones: conteste los datos que se solicitan.

No. de folio	
Edad	
Edad en que salió de Haití	
Actividad laboral actual	
Número de países por los que ha migrado	
¿Cuáles son?	

Nivel de escolaridad	Sin estudios	Primaria	Secundaria	Preparatorio	Universidad	Posgrado
Religión	Católico	Cristiano	Judío	Evangélico	Testigo de Jehová	Otro _____
Actualmente con quien vive	Compañeros migrantes	Pareja sentimental	solo	Familiares	Otro Especifique_____	

¿Con que tipo de servicio de salud cuenta en México?	Publico	Privado	No cuento con ningún servicio
¿Ha solicitado atención en los servicios de salud públicos en Mexicali?	Si		No

## Apéndice G

### Registro de Factibilidad Reclutamiento de los Participantes

<b>Reclutamiento</b>			
Inicio del reclutamiento		Lugares de reclutamiento	
Fin del reclutamiento		Horarios de reclutamiento	
Redacta las barreras identificadas durante el proceso de reclutamiento			
Registre por técnica de paloteo el número de personas que decidieron no participar en la intervención			
Enliste los motivos para no participar en la intervención			
<b>Retención</b>			
Escriba las barreras identificadas para la retención de los participantes			
Registro de participantes que abandonaron la intervención	Número de identificación	Motivo	Última sesión



## Apéndice H

### Formato de Evaluación de Aceptabilidad de la Intervención

Indicaciones: conteste como considere conveniente.

Pregunta	Respuesta			
¿Participar en las sesiones de la intervención fue de su agrado?	Si ( )		No ( )	
¿Cuál es su opinión respecto de la intervención?	Fue muy bueno ( )	Fue moderadamente bueno ( )	Fue deficiente ( )	Fue muy deficiente ( )
¿Cumplió el taller con sus expectativas?	Algo ( )	Poco ( )	Nada ( )	Bastante ( )
Las actividades de la intervención ...	Fueron todas de mi agrado ( )	Algunas de ellas me agradaron ( )	La mayoría no me agradaron ( )	Ninguna me agradó ( )
¿Las actividades de la intervención de fueron de su interés?	Bastante ( )	Algo ( )	Poco ( )	Nada ( )
¿Considera que las actividades fueron de utilidad?	Bastante ( )	Algo ( )	Poco ( )	Nada ( )

Al respecto al tiempo por sesión	Me hubiera gustado que durara más de dos horas ( )	Dos horas fueron suficientes ( )	Me hubiera gustado que durara menos de dos horas. ( )	
¿Existió alguna situación que le impidiera acudir a las clases?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clima ( )</li> <li>• Transporte ( )</li> <li>• Economía ( )</li> <li>• Tiempo para asistir ( )</li> <li>• Salud ( )</li> <li>• Otros ( )</li> <li>• Ninguno ( )</li> </ul>			
¿Qué opina del desempeño del/la maestra (o)?	Muy bueno ( )	Bueno ( )	Regular ( )	Inadecuado ( )

## Apéndice I

### Escala Multifactorial de Actitudes Hacia el Uso del Condón

(Reece, Herbenick, Hollub, Hensel, & Middlestadt., 2010).

Indicaciones: Las personas tienen una variedad de puntos de vista sobre los condones y algunos de estos se expresan a continuación. Describiría los condones como:

Afirmación	1 2 3 4 5 6 7	Afirmación
No es efectivo para prevenir el embarazo	O O O O O O O	Efectivo para prevenir el embarazo
No es efectivo para prevenir infecciones de transmisión sexual	O O O O O O O	Eficaz para prevenir infecciones de transmisión sexual
No efectivo para prevenir VIH	O O O O O O O	Efectivo para prevenir el VIH
Incómodo	O O O O O O O	Cómodo
Uso inconveniente	O O O O O O O	Uso conveniente
Disminuyen el placer sexual	O O O O O O O	Aumentan el placer sexual
Difícil de obtener	O O O O O O O	Fácil de obtener
Algo que mis amigos odian	O O O O O O O	Algo que a mis amigos les gusta
Algo que mis parejas sexuales odian	O O O O O O O	Algo que a mis parejas sexuales les gusta
Aburrido	O O O O O O O	Emocionante
Vergonzoso	O O O O O O O	No es vergonzoso
Difícil de discutir con un compañero	O O O O O O O	Fácil de discutir con un compañero
Difícil de usar	O O O O O O O	Fácil de usar
Desordenado	O O O O O O O	Aseado

## Apéndice J

### Escala de Autoeficacia para el Uso del Condón

(Brafford & Beck, 1991)

Indicaciones: Estas preguntas se refieren a sus propios sentimientos sobre el uso del condón en situaciones específicas. Responda incluso si no es sexualmente activo o si nunca ha usado (o ha tenido una pareja que usó) condones. En tales casos, indique cómo cree que se sentiría en tal situación. Las respuestas se puntúan de la siguiente manera: totalmente de acuerdo - 0, en desacuerdo - 1, indeciso - 2, de acuerdo - 3, muy de acuerdo. Marque con una x la respuesta con la que más identificado se sienta. († Item anotado en reversa)

Pregunta	Opción de respuesta			
	0	1	2	3
1. Me siento confiado en mi capacidad de ponerme un condón a mí o a mi pareja.				
2. Estoy seguro de que podría comprar condones sin sentir vergüenza.				
3. Estoy seguro de que podría recordar llevar un condón conmigo en caso de necesitarlo.				
4. Me siento confiado en mi capacidad para hablar sobre el uso del condón con cualquier pareja que pueda tener.				
5. Me siento confiado en mi capacidad de sugerir el uso de condones con una nueva pareja.				
6. Estoy seguro de que podría sugerirle usar un condón sin que mi pareja se sienta "enferma".				

7. Me siento confiado en la capacidad propia o de mi pareja para mantener una erección mientras uso un uso condón.				
8. Me da vergüenza ponerme un condón a mí mismo o a mi pareja. †				
9. Si tuviera que sugerirle usar un condón a una pareja, me daría miedo que él o ella me rechazara. †				
10. Si no estuviera seguro de los sentimientos de mi pareja sobre el uso de condones, no sugeriría usarlo. †				
11. Me siento confiado en mi capacidad para usar un condón correctamente.				
12. Me sentiría cómodo hablando sobre el uso del condón con una posible pareja sexual antes de tener algún de contacto sexual, abrazos, besos, caricias, etc.				
13. Tengo confianza en mi capacidad de persuadir a una pareja para que acepte el uso del condón cuando tenemos relaciones sexuales.				
14. Estoy seguro de que podría retirar y deshacerme del condón con facilidad después de las relaciones sexuales.				
15. Si mi pareja y yo tratamos de usar un condón y no lo logramos, me daría vergüenza intentar usarlo nuevamente (p. Ej., No poder desenrollar el condón, ponerlo al revés o la incomodidad1. †				
16. No me sentiría seguro sugiriendo usar condones con una nueva pareja porque tendría miedo de que él o ella pensara que he tenido una experiencia homosexual pasada. †				
17. No me sentiría seguro sugiriendo usar condones con una nueva pareja porque tendría miedo de que él o ella pensara que tengo una enfermedad de transmisión sexual. †				

18. No me sentiría seguro sugiriendo usar condones con una nueva pareja porque tendría miedo de que él o ella pensara que yo pensaba que tenían una enfermedad de transmisión sexual. †				
19. Me sentiría cómodo discutiendo el uso del condón con una posible pareja sexual antes de tener relaciones sexuales.				
20. Me siento confiado en mi capacidad para poner un condón sobre mí o mi pareja en el juego previo.				
21. Estoy seguro de que podría usar un condón con una pareja sin "romper el estado de ánimo".				
22. Me siento confiado en mi capacidad de ponerme un condón a mí o a mi pareja rápidamente.				
23. Estoy seguro de que podría usar un condón durante las relaciones sexuales sin reducir ningún tipo de sensación sexual.				
24. Estoy seguro de que recordaría usar un condón incluso después de haber estado bebiendo.				
25. Estoy seguro de que recordaría usar un condón incluso si estuviera drogado.				
26. Si mi pareja no quisiera usar condón durante el coito, podría convencerlo fácilmente				
27. Estoy seguro de que podría usar un condón con éxito.				
28. Estoy seguro de que podría parar, para ponerme un condón a mí o a mi pareja incluso en el calor de la pasión.				

## Apéndice K

### Escala de Conocimiento Sobre el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual

(Espada Guillén-Riquelme, Morales, Orgilés, & Sierra., 2014)

Indicaciones: Por favor, señale con cada afirmación si es verdadera o falsa. Si desconoce la respuesta marque “No lo sé”.

	Falso	verdadero	No lo se
1. El sida es causado por un virus llamado “VIH”.	1	2	3
2. La principal vía de transmisión del VIH es a través de las relaciones sexuales.	1	2	3
3. Una mujer seropositiva embarazada puede transmitir el VIH a su bebé.	1	2	3
4. El VIH se transmite exclusivamente por medio de fluidos vaginales, seminales y la sangre.	1	2	3
5. El VIH se transmite a través del aire.	1	2	3
6. Es peligroso compartir alimentos o agua con personas seropositivas o con sida.	1	2	3
7. Lavar la ropa con la de un seropositivo o con sida implica riesgo de contraer la enfermedad.	1	2	3
8. Existe riesgo de contraer el VIH por compartir jeringas usadas.	1	2	3
9. El VIH afecta al sistema inmunológico humano.	1	2	3
10. El periodo ventana es el tiempo que tarda el cuerpo en producir anticuerpos tras la transmisión de VIH.	1	2	3
11. Tanto el anillo vaginal como el DIU (T de cobre) son métodos eficaces para evitar el VIH/sida.	1	2	3

12. Las pastillas anticonceptivas son eficaces para prevenir la transmisión del VIH en las relaciones sexuales.	1	2	3
13. El condón es un método eficaz para evitar la transmisión del VIH.	1	2	3
14. El condón femenino es tan eficaz como el condón masculino para evitar la transmisión del virus del VIH/sida.	1	2	3
15. Dar un beso con lengua a una persona seropositiva es un riesgo para la transmisión del VIH.	1	2	3
16. Abrazar y besar en la mejilla a una persona seropositiva implica riesgo de transmisión del VIH.	1	2	3
17. Practicar la penetración vaginal “viniéndose fuera” es una forma segura de practicar sexo sin riesgo de infección por VIH.	1	2	3
18. La prueba de detección del VIH se suele realizar mediante un análisis de sangre.	1	2	3
19. Cuando alguien tiene Gonorrea o Gonococia no es necesario tratar a su pareja sexual.	1	2	3
20. La Gonorrea o Gonococia se cura sola en la mayoría de los casos.	1	2	3
21. La Sífilis es una enfermedad prácticamente desaparecida.	1	2	3
22. La Sífilis puede dejar lesiones permanentes si no se trata rápidamente.	1	2	3
23. Actualmente el contagio de la Sífilis es muy difícil.	1	2	3
24. La Hepatitis B nunca deja secuelas.	1	2	3



**Apéndice L**

**Escala de Aculturación Multigrupo de Stephenson**

**(Stephenson, 2000)**

Indicaciones: Seleccione que tan verdaderas o falsas son las siguientes afirmaciones:

	Falso	Parcialmente falso	Parcialmente verdadero	Verdadero
1. Sé hablar mi lengua materna.				
2. Me gusta hablar mi lengua materna.				
3. Hablo mi lengua materna con mis amigos y conocidos de mi país de origen.				
4. Sé leer y escribir en mi lengua materna.				
5. Me siento cómodo hablando mi lengua materna.				
6. Hablo mi lengua materna en casa.				
7. Me gusta escuchar música de mi grupo étnico.				
8. Hablo mi idioma nativo con mi cónyuge o pareja.				
9. Cuando oro, uso mi lengua materna.				

10. Nunca aprendí a hablar el idioma de mi país natal.				
11. Estoy informado sobre asuntos actuales en mi país natal.				
12. Asisto a funciones sociales con personas de mi país natal.				
13. Estoy familiarizado con la historia de mi país natal.				
14. Pienso en mi lengua materna.				
15. Me mantengo en contacto cercano con familiares y parientes en mi país natal.				
16. Regularmente leo revistas de mi grupo étnico.				
17. Como alimentos tradicionales de mi cultura nativa.				
18. Asisto a actividades sociales con personas mexicanas.				
19. Tengo muchos conocidos (mexicanos).				
20. Hablo español en casa.				

21. Sé cómo preparar alimentos mexicanos.				
22. Estoy familiarizado con personas importantes de la historia de México.				
23. Pienso en español.				
24. Hablo español con mi cónyuge o pareja.				
25. Me siento totalmente cómodo cuando convivo con mexicanos				
26. Entiendo español, pero no lo hablo con fluidez.				
27. Estoy informado sobre los asuntos actuales en México.				
28. Me gusta comer comida mexicana.				
29. Leo regularmente algún periódico mexicano.				
30. Me siento cómodo hablando español.				
31. Me siento como en casa en México.				
32. Me siento aceptado por la comunidad mexicana.				

**Apéndice M**  
**Escala de Estigma Relacionada con el Sida**  
**(Kalichman et al., 2005)**

Indicaciones: Responda si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes declaraciones

	Estoy de acuerdo	Estoy en desacuerdo
1. Las personas que tienen sida están sucias		
2. Las personas que tienen sida están malditas.		
3. Las personas que tienen sida deberían estar avergonzadas.		
4. Es seguro para las personas que tienen sida trabajar con niños.		
5. Las personas con sida deben esperar algunas restricciones a su libertad.		
6. Una persona con sida debe haber hecho algo mal y merece ser castigada.		
7. Las personas que tienen VIH deben estar aisladas.		
8. No quiero ser amigo de alguien que tiene sida.		
9. ¿Las personas que tienen sida no deberían poder trabajar?		

**Apéndice N**  
**Escala de Uso de Condón**  
**(Milhausen et al., 2007)**

Indicaciones: Por favor responda las siguientes preguntas:

Pregunta	Si	No
1. ¿Utilizaste un condón la última vez que tuviste relaciones sexuales con tu pareja?		
2. ¿Utilizaste un condón la última vez que tuviste relaciones sexuales con una pareja que no fuera tu pareja?		
Pregunta	Coloque el número que corresponda	
3. ¿Cuántas veces has tenido relaciones sexuales en los últimos 30 días?		
4. ¿Durante cuantas de esas veces utilizaste el condón?		
5. ¿Cuántas veces has tenido sexo vaginal con una pareja que no es tu pareja durante los últimos 30 días?		
6. ¿Durante cuantas de esas veces utilizaste el condón?		

**Apéndice Ñ****Formato de Lista de Asistencia**

Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Número de sesión: \_\_\_\_\_

Fecha de la sesión: \_\_\_\_\_

No.	Nombre del participante	Firma de asistencia
1.		
2.		
3		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

## **Apéndice O**

### **Mapeo de la Intervención**

#### **1. Especificar el problema a resolver (total, parcialmente) con la intervención.**

La infección del virus de inmunodeficiencia humana se ha constituido como un problema de gran complejidad social y económica. En el 2017, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), estimó que 36.9 millones personas vivían con VIH; además de que 70 000 nuevos casos se presentan en Europa Occidental y Central y América del Norte. En México, para el 2018 se registraron 167, 787 personas con el VIH; los tres estados con mayor número de casos nuevos fueron: Veracruz (1,381), Estado de México (1,231) y Ciudad de México (981). De forma particular, en la frontera norte de México en 2018, la notificación de casos nuevos por estado se reporta de la siguiente manera: Nuevo León (384), Baja California (349), Tamaulipas (279), Chihuahua (215), Sonora (151) y Coahuila (83) (Secretaria de Salud, 2019).

Considerando a la población haitiana migrante como población de riesgo, también se debe analizar la situación del VIH en el contexto de Haití; donde en el 2018, se estimó que 160 000 personas eran portadoras del VIH, entre estos 150 000 adultos, de los cuales el 58% eran mujeres y el 41% eran hombres. Datos de 2018 de ONUSIDA reportan que de las 7 300 nuevas infecciones en hombres y mujeres (15 y 24 años), solo el 37,3%, identificaron correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual. Esta situación pone en contexto riesgo que viven los migrantes haitianos que viven en la frontera noroeste de México, de adquirir VIH.

#### **2. Definir-caracterizar la población blanco.**

Los hombres migrantes haitianos que viven en la frontera noroeste de México se encuentran en situación de riesgo de infección de VIH dados las características derivadas de la migración informal, entre las que se destacan, el no tener acceso a los

servicios de salud formales, violencia en el proceso migratorio, barreras socioeconómicas, analfabetismo y particularmente conductas sexuales de riesgo (CSR); entre estas últimas se encuentran, el inicio temprano de las relaciones sexuales el uso inconsistente e incorrecto del condón, las relaciones sexuales con trabajadoras sexuales, relaciones sexuales bajo la influencia de diversas drogas lícitas e ilícitas, múltiples parejas sexuales y tener una pareja sexual con infecciones de transmisión sexual.

Tan solo en 2017, 2,552 haitianos han arribado a la frontera norte de México, de los cuales el 75.9% eran hombres, con un promedio de edad de 33 años, de los cuales el 62.2% eran solteros mientras que el 32.8% estaban casados. El 45.35% solo contaba con estudios de secundaria, un 14.67% bachillerato, 5.99% niveles de estudios universitario y superiores; se destaca que el 33.46% no se especifica escolaridad alguna (Merone y Ángel, 2018). En México no se tienen reportes oficiales de detección de VIH en poblaciones extranjeras que vivían en el país. La secretaria de salud, solo reporta alrededor de 300 caso de VIH registrados en extranjeros desde 1983 a 2019, esto según datos de la Dirección de Vigilancia Epidemiológica.

### **3. Especificar la teoría o teorías en que fundamenta la intervención.**

Al ser esta una propuesta de intervención culturalmente adaptada, se plantea el uso de una teoría base que guíe el proyecto, para este caso, la Teoría Cognitiva Social; para lo correspondiente a la adaptación cultural, se utilizará el modelo del proceso de adaptación y por un último se necesita un modelo que ofrezca un marco de referencia para la estructuración de la valoración cultural de la comunidad a abordar, por lo que se hará uso del Modelo de Competencia Cultural

### **4. Especificar la(s) meta general(es) del tratamiento implicado en la intervención.**

Se establece como meta general aumentar el uso de condón de forma sistemática en todos los migrantes haitianos que participen en la intervención cultural



**5. Describir los objetivos de la intervención y las actividades principales para alcanzarlos:**

<b>Contenido</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Sesión No. 1</b> Medición pretest y Tema 1. Salud Sexual.	-Aplicar instrumentos.  -Identificar trascendencia de las infecciones en la población haitiana.	<b>Instructor</b>  1. Realiza introducción a la actividad. 10m  2. Aplica instrumentos de las variables de estudio. 45  3. Describe el impacto de las ITS/VIH en américa latina y el caribe. 10m  4. Describe principales ITS, incluido el VIH.15m  5. Fomenta la importancia de aprender a prevenir las ITS/VIH.10m  (Escala de	-Instrumentos.  -Lápiz  - Reglas básicas.  -Presentación sobre VIH e ITS.  – Presentación mitos y realidades sobre el VIH/ITS  -Recordatorio para la sesión 2.  .	<b>Destinado</b>  <b>120 min</b>  <b>A1: 10m</b> <b>A2: 45m</b> <b>A3: 10m</b> <b>A4: 15</b> <b>A5: 10m</b> <b>A6: 10m</b>  <b>20 min de</b> <b>receso</b>

		<p>conocimiento sobre el VIH)</p> <p>6. Entrega información sobre las siguientes sesiones. 5m</p> <p><b>Participantes:</b></p> <p>1. Escucha, observa y participa de forma activa en el contenido de la presentación.</p>		
<p><b>Sesión No. 2</b></p> <p>prevención de VIH e ITS</p>	<p>-Promover el uso del condón en las relaciones sexuales por medio de la capacitación de su uso.</p>	<p><b>Instructor:</b></p> <p>1. Plantea los mitos y realidades sobre la transmisión, síntomas y tratamiento del VIH y las ETS. 15m (actitudes ante el uso)</p> <p>2. Introduce a la temática del uso del condón. <b>10m</b></p>	<p>-Presentación Grupos de prevención del VIH en México.</p> <p>-Presentación sobre consejos prácticos sobre cómo usar los condones.</p> <p>-Caja para la práctica de colocación de condones en la oscuridad.</p>	<p><b>Destinado</b></p> <p><b>120 min</b></p> <p><b>A1: 15m</b></p> <p><b>A2: 10m</b></p> <p><b>A3: 15</b></p> <p><b>A4:60</b></p> <p><b>20 min de receso</b></p>

		<p>(Escala de uso de Condón)</p> <p>3. Explica, de forma practica la selección, uso y eliminación de condones. 15m</p> <p>4.Practica sobre la colocación del condón en la obscuridad.60 m (autoeficacia del uso del condón)</p> <p><b>Participantes:</b></p> <p>1. Participa en la práctica sobre el uso del condón con y sin caja especial.</p>	-Recordatorio para la sesión 2	
<b>Sesión No. 3</b> Sociedades y VIH.	-Reconocer la influencia de factores socio-culturales externos sobre	<p><b>Facilitador:</b></p> <p>1. Describe cómo el ambiente afecta la salud</p>	-Presentación: riesgos a la salud sexual del migrante	<p><b>120 min</b></p> <p><b>A1: 15 m</b></p> <p><b>A2: 10 m</b></p> <p><b>A3: 15m</b></p> <p><b>A4: 15m</b></p>

	<p>las decisiones de vida de los migrantes haitianos.</p>	<p>individual y comunitaria. 15m</p> <p>2. Plantea lo negativo y positivo de las normas socioculturales y expectativas, que influyen en las decisiones. 10m (Escala de aculturación)</p> <p>3 Hombres haitianos y salud sexual. (Escala de estigma relacionada con el sida) 15m</p> <p>4. Reflexiones sobre la vida de personas con VIH. 15m</p> <p>5. Evaluación del curso 10m</p> <p>Formato de</p>	<p>haitiano durante el tránsito.</p> <p>-Actividad:</p> <p>Juego de roles - La historia de Carlos.</p> <p>-Modelo de ayuda y asesoramiento.</p> <p>Actividad: Juego de roles - La situación de José.</p> <p>-Modelo de comportamiento- ambiente- persona.</p> <p>-Presentación: Hombres haitianos y salud sexual: actividad sexual de riesgo y atención médica.</p> <p>Tarjetas de recordatorio de</p>	<p><b>A5: 10m</b></p> <p><b>A6: 45m</b></p> <p><b>A7: 10m</b></p>
--	---	---	--	---

		<p>evaluación de Aceptabilidad.</p> <p>6. Aplica instrumentos de las variables de estudio 45m</p> <p>7. Entrega de certificados 10m</p> <p><b>Participantes:</b></p> <p>1. Participación activa en juego de roles.</p> <p>2. Identificación de factores sociales ambientales y personales que son riesgo para infección de transmisión sexual.</p>	cita para la sesión	
--	--	--	---------------------	--

## 6. Resultados del tratamiento:

### 6.1 Primarios:

- Uso consistente del condón en todas las relaciones sexuales

### 6.2 Secundarios:

- Aumento en el conocimiento sobre VIH e ITS
- Aumento de la autoeficacia en el uso del condón
- Aumento positivo de las expectativas de uso de condón
- Aumento positivo en la actitud hacia el uso del condón
- Disminución del estigma hacia el VIH.

## **Resumen Autobiográfico**

**Abraham Isaac Esquivel Rubio**

**Candidato para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería**

**Tesis:** Adaptación cultural de la intervención “HoMBReS” para incrementar el uso del condón en migrantes haitianos en México.

**LGAC:** Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA.

**Biografía:** Nacido en México, Distrito Federal (hoy Ciudad de México), el día 2 de enero del 1984. Hijo de la Lic. María Gloria Rubio Velazco.

**Educación:** Egresado de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, como Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el año 2010, con Mención Honorífica; Egresado de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua, obteniendo el grado de Maestro en Enfermería en el año 2014, con Mención Honorífica. Becario CONACYT para realizar los estudios de Maestría en la Universidad Autónoma de Chihuahua.

**Certificaciones:** Certificación profesional como Docente en Enfermería por la Federación Mexicana de Colegios de Enfermería A.C.; con mención especial (2018-2021). Certificación como Médico de la Risa, por la Asociación de Risaterapia AC.

**Asociaciones y Membresías:** Miembro líder de Sigma Theta Tau International, Honor Society Of Nursing, Tau Alpha Chapter, México; Miembro de Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería; Miembro de Asociación de parteras Profesionales AC; Miembro de Asociación Baja Californiana de Salud Pública.

### **Experiencia profesional:**

Ayudante de profesor, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (2012); Profesor de tiempo completo, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Baja California. 2015 a la fecha.

**Correo electrónico:** [abraham.esquivel@uabc.edu.mx](mailto:abraham.esquivel@uabc.edu.mx)